

RENATA PENALVA VIEIRA DA SILVA

Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças

São Paulo
2020

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATA PENALVA VIEIRA DA SILVA

Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como requisito para obtenção de título de
Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano

Orientação: Prof.^a Dr.^a Adriana Marcondes
Machado

São Paulo
2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Penalva Vieira da Silva, Renata

Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças / Renata Penalva
Vieira da Silva; orientadora Adriana Marcondes Machado. -- São Paulo, 2020.

151 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2020.

1. Caps. 2. Escolas. 3. Intersetorialidade. 4. Saúde Mental. 5. Educação. I.
Marcondes Machado, Adriana , orient. II. Título.

Nome: Penalva Vieira da Silva, Renata

Título: Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como requisito para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A meus pais, Dudu, Gui e Dedeia

Agradecimentos

À Adriana Marcondes Machado, minha orientadora, pela orientação cuidadosa, por me fazer rir quando eu achava que não dava e por acreditar mais em mim do que eu.

À Cristina Vicentin e Biancha Angelucci, por tamanha generosidade na banca de qualificação. Segui dialogando com vocês até o fim. À Paula Fontana, por ter me acompanhado e me ensinado tanto no meu percurso no Instituto de Psicologia. E por mais essa agora.

Aos companheiros do grupo de orientação, por lerem cada texto e contribuírem com reflexões e ideias. Queria poder usar as conversas nossas como citação. À Aline, Alana, Lilian, Patricia, Diego, Leticia, Andrea, Carol. À Lu, pelas acolhidas. À Bia, pela generosidade na leitura. À Paula Furlan, pelo companheirismo e os olhares que dizem tanto. Ao André, que achava caminhos onde eu não via.

Ao Nelson da Silva Jr, que me acolheu na iniciação científica e me fez querer voltar para a pesquisa um dia. À Paula Ramalho, orientadora da monografia do Caps Itapeva, quem na correria diária da vida no Caps, ensinou-me a acolher.

Aos trabalhadores e usuários do Caps Itapeva, por me apresentarem o mundo da atenção psicossocial. Especialmente a Naymara, Aline e Talita, aprimorandas amadas, bom compartilhar crises, risadas e projetos para o mundo com vocês.

Aos trabalhadores e usuários do Caps Ad, por me ensinarem a importância do coletivo e da nossa responsabilidade política nesse “mundão”, como diz o Marcel. À querida Elis, à Suzete, Rosa, Rose, Tânia. À Ci, pelo amor compartilhado e a generosidade de quem vem de além. À Lau, pelo companheirismo, pela leveza. Ao Flávio, pelas conversas que desafiavam e abraçavam. Ao Marcel, por fazer minhas voltas para casa tão cheias de risada, debate e papo. Por me ensinarem tanto.

Às estagiárias queridas do Caps IJ que me aturaram inventando coisa, pulavam pra dentro e inventavam melhor: Gabi, Alê, Julia, Carla, Isa, Lê, Amanda!! À Bia, pela companhia, pelas contribuições, pelo silêncio e pelas palavras. Às trabalhadoras queridas que me acolheram e acreditavam em mim. À Arlete e Alice, par sereno. À Fernanda, pelo companheirismo político e de vida. À Eliz, a adulto-criança! À Helô, amiga querida animada e organizada da vida! À Ca, meu amor, por compartilhar comigo a vontade de um mundo que cabe todo mundo, pela parceria, pelas criações e pelos carnavais.

Nessa vida de mestrado, muitas cidades me atravessaram. Aos amigos do Rio queridos que toparam uma prainha rápida e tantas desmarcações, “por causa do mestrado”: Amanda, Bru, Clarinha, Rê Abbud, Johny. À Alice e Dani Faus, por serem amigas do Rio agora e pelas palavras acolhedoras sobre a vida acadêmica. À Bombom, desde os sete, é sempre tão bom te ver. À Jou, minha amizade mais antiga nessa vida, por continuar perto em todas as fases dela. Aos amigos de Brasília que me acolheram sobremaneira. Ao Dan, Rodrigão, Marquinhos, Érico, Jordão, Pepê, Ti, pelos sambas, viagens, por ser sempre bom sair do mestrado e fazer algo com vocês! À Carlinha e Fran, pelo companheirismo nessa cidade árida. À Cintia, que estejamos sempre próximas. Aos

amigos de Nova Iorque, que mais me ouviram falar “não posso, tenho mestrado”. À Mari, Dani e Gabi, minha parceirita, pela paciência e saídas rápidas que renovavam!

Aos amigos do Ilha, por ainda nos vermos, mesmo depois de compartilhar toda uma adolescência: Kiko, Vini, Rick, Riso, Bruninho. Ao Guerra, por sempre. Ao Martão e Aninha, por serem tanto amor! À Paulinha, minha amiga sorriso linda. Às meninas do Miguel de Cervantes, por ainda chamarem para sair, mesmo com tanta negativa minha. À Gabi, minha B2. À Lu, quantas saudades. À Cy e à Vá, pelas trilhas, trocas, encontros, amor.

Aos amigos de tantos carnavais, por tanto tempo bom junto: Pedrão, Velho, Gnomo, Fabão, Gai, Tam, Tchelo, Ju, Gnomo, Thierrilson. Ao Dan, meu amigo gênio. Ao Alan, o poeta. Aos Vivi e Guti, pelo Pedrinho. Ao Yuri, pelos jantares e por tanto. Anissa, por ser a minha sunshine. À Gabi Pimenta, pessoa linda da vida. A Anna, pelas danças. Ao Obladi, por achar graça. Às Psicobaculéas queridas amadas para sempre, Má, Sil, Ti, Bru. À Lê, que sorte te ter no mundo. À Ju, minha maior companheira de fazer nada.

Nesse percurso, tive a sorte de dividir casa com pessoas incríveis, que não se importaram comigo virando madrugada na sala escrevendo a dissertação. Às amoras, obrigada pelas acolhidas, chás, festas, sofás, confidências. Com vocês aprendi a força do coletivo feminino e a falar te amo mais vezes. À Bia, pelas conversas. À Mari, pelas sabedorias. À Sá, por ser tão especial no mundo. À Fafá, minha sagitariana amada. À Bianca, minha amiga-irmã que a vida deu. Saudades.

À minha família amada, que sempre torce e valoriza as conquistas mais miúdas! Tia Gisa, Tio Célio, Tia Cláudia, Tio Roberto, Tio Fabinho. Aos primos, Tchela, Digo, Vitoca, Léo. À vovó Branca e vovô Gilson, meu exemplo de companheirismo e elegância nessa vida. À vovó Lize, por todos os almoços, o carinho, os abraços. À Tia Jesus, Tio Phila, Nati e Felipe, pelo apoio e torcida carinhosos.

À família pertinho: à Dedeia, por me ensinar a importância da diferença. Ao Gui, meu melhor parceiro de improviso nas aulas de teatro e na vida. À Dudu, por todo o carinho, todo o cuidado, todas as lições. Aos meus pais, que sempre me apoiam não importa o que venha. Obrigada por serem minha rede caso eu caia. Sem vocês, não dava.

Ao Zé, que aceitou dividir a casa e os dias comigo numa cidade estranha. Por me ouvir, pacientemente, falar que ia acabar a dissertação “no fim de semana que vem” há pelo menos cinco meses e seguir me apoiando tanto. Por ser dono do melhor abraço.

Às mães, pais e cuidadores do Caps II, por confiarem comigo as histórias mais delicadas. Às crianças e adolescentes, pelos ensinamentos, por me tirar do lugar, por me fazer brincar no trabalho, e essa ser a parte mais séria. Às trabalhadoras das escolas do território do Caps, por compartilhar de projetos que nos tirassem do imperativo da insuficiência.

Resumo

Penalva, R.V.S. *Caps IJ e escolas: a necessidade de encontro nas diferenças*. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020, 135f

Esta pesquisa se propõe a investigar os elementos presentes no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ), quando se procura estabelecer uma postura não-sobrecodificadora no encontro com as escolas de seu território, afim de colaborar com práticas inclusivas, opondo-se a reducionismos, silenciamentos ou marginalizações na infância e juventude. A construção do campo de problematização se dá na percepção da distância entre os pedidos que as escolas endereçavam ao Caps onde a pesquisadora trabalhava e como o Caps se dirigia às escolas. A partir do uso de narrativas analíticas, compreendemos repetir movimentos colonizadores da saúde que buscávamos superar. A negação em atuar práticas redutoras do sujeito, que é constituinte do dispositivo Caps, requeria a invenção de estratégias para que esta negação não se atualizasse na relação com a escola. A pesquisa bibliográfica fez necessária composição com as narrativas, para investigar os movimentos históricos nos encontros entre saúde mental e educação. Nesta esteira, a discussão sobre diferença como aspecto relacional nos auxiliou a pensar inflexões na prática, assim como o conceito da intersetorialidade e sua construção nos permitiram localizar nosso debate, que trata de encontro entre serviços públicos compromissados com o princípio da equidade. Esta discussão se materializa nas experiências vividas no Caps, a partir da construção de encontros com as trabalhadoras das escolas do território. Experiências que pediam teorização, para a elas retornar.

Palavras-chave: Caps IJ, escolas, intersetorialidade, saúde mental, educação

Abstract

Penalva, R.V.S. *Psychosocial community centers and schools: the necessity of encounter at difference*. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020, 135f

This research intends to investigate the present elements when a Psychosocial Community Center for Children and Adolescents (Caps IJ) engages to establish a non-overcoding posture in the encounter with schools in the community, in order to collaborate with inclusive practices, opposing to reductionism, silencing or marginalization in the childhood and youth. The construction of the problematization field occurs in the perception of the distance between the requests that schools addressed to the Caps where the researcher worked and how the Caps addressed schools. From the use of analytical narratives, we've come to understand that the Caps was repeating the health colonizing movements that we sought to overcome. The denial of reducing practices, which is a constituent of the Caps device, required the invention of strategies so that this denial would not be updated in the relationship with the school. The bibliographic research composed with the analytical narratives, to investigate the historical movements in the encounters between mental health and education. In this vein, the discussion about difference as a relational aspect helped us to think of inflections in practice. Also, the concept of intersectoriality and its construction allowed us to locate our debate, which deals with the meeting of public services committed to the principle of equity. This discussion is materialized in the experiences lived in the construction of meetings between Caps and school workers. Experiences that required theorization, to return to them.

Keywords: Psychosocial Community Center, Schools, Intersector, mental health, education

Sumário

1. SOBRE CAMINHOS E ESCREVERES: APRENDENDO A NÃO SEGREGAR	1
1.1 ENTRE CAMINHOS E ESCREVERES: PERCURSOS DE UM TRABALHO-PESQUISA	7
1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, DIFERENÇAS E INCLUSÃO	13
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA POR UMA SOCIEDADE INCLUSIVA: PERCORRIDOS DE UM MATHEUS	19
2.1 NENHUM MATHEUS – CRIMINALIZAÇÕES E SILENCIAMENTOS.....	23
2.2 CEM MIL MATHEUS – PSIQUIATRIZAÇÃO.....	29
2.3. CRIANDO DOIS MATHEUS	31
3 – MOVIMENTOS DO ENTRE-SAÚDE-E-EDUCAÇÃO: EXPERIÊNCIAS QUE SE SOBREPÕEM	35
3.1 PRIMEIRA ESCOLA ESPECIAL PARA CRIANÇAS ANORMAES	37
3.2 OS SERVIÇOS DE HIGIENE MENTAL ESCOLAR E A ESCOLA NOVA	43
3.3 FORMAÇÃO DE PROFESSORES, DEMOCRACIA E PSICOLOGIA.....	49
3.4 SOBRE DEMOCRACIA, EDUCAÇÃO NA SAÚDE E SAÚDE NA EDUCAÇÃO	56
4 OS ENTRES DA INTERSETORIALIDADE	60
4.1 REPÚBLICA, CIÊNCIA E ELITE	60
4.2 PREVENÇÃO, INFÂNCIA E ANORMALIDADE	65
4.3 DESENVOLVIMENTISMO, EDUCAÇÃO E SAÚDE PARA TODOS: A CORRIDA DA PERIFERIA PARA O CENTRO QUE REITERA O PERIFÉRICO	69
4.4 A SAÚDE AMPLIADA E A EDUCAÇÃO SOLITÁRIA	74
4.5 INFÂNCIA E INTERSETORIALIDADE	78
5 MOSAICOS DE UMA PRÁTICA – ANÁLISES NARRATIVAS.....	84
5.1 DOS CORPOS QUE FAZEM A REDE	87
5.2 O CAPS IJ NO ENCONTRO COM AS ESCOLAS.....	96
5.3 SOBRE OS LUGARES QUE A SAÚDE PODE OCUPAR.....	99
5.4 SOBRE O ENCONTRO EM GRUPO QUE DÁ NOTÍCIAS DE SOLIDÃO	101
5.4 SOBRE SURTOS, CALMARIA E A INTERSETORIALIDADE DE UM LADO SÓ	106
5.5 DIA DE ENCONTRO CAPSS-ESCOLAS-FAMILIARES-CRIANÇAS.....	111
5.6 ÚLTIMO ENCONTRO E A COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA.....	113
5.7 UM FECHAMENTO DAS NARRATIVAS	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	119
ANEXOS.....	137
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO I DO CEP	137
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO II DO CEP	140

1. SOBRE CAMINHOS E ESCREVERES: APRENDENDO A NÃO SEGREGAR

O tenente interessou-se pela educação dos meus filhos. Me disse que a favela é um ambiente propenso, que as pessoas têm mais possibilidades de delinquir do que se tornar útil à pátria e ao país. Pensei: Se ele sabe disto, por que não faz um relatório e envia para os políticos? O sr. Jânio Quadros, o Kubitschek e o dr. Adhemar de Barros? Agora falar para mim, eu sou uma pobre lixeira. Não posso resolver nem as minhas dificuldades. [...]

Carolina de Jesus, 1960

Carolina Maria de Jesus escrevia nos cadernos que achou no lixo. Queria mostrar ao mundo como era morar em uma favela. Queria escrever sobre a favela e queria sair da favela. Queria escrever. Em seu diário, escreve porque irritada, porque com fome, escreve o porquê escreve. Um jornalista a conheceu em 1960 e, impressionado, mandou o livro a um editor. O livro foi publicado. Sucesso entre os intelectuais, a autora foi chamada para dar entrevistas, para programas de TV, e teve suas palavras traduzidas em treze línguas. Saiu da favela. Anos depois, foi esquecida pelo público e seus dois livros seguintes – *Casa de Alvenaria* e *Provérbios* – foram desprezados pela crítica que outrora a tinha acalorado. Não ocupava mais o lugar do exótico. Morreu na miséria e no esquecimento.

Coloco aqui um holofote sobre as palavras de Carolina. O holofote é, para além de seu conteúdo, por querer firmar um compromisso. Compromisso de que o centro deste exercício a que me proponho seja o periférico, às Carolinas, que são filhas da pobreza, e seus filhos, mesmo que muitas vezes se dê por meio da exposição da construção artificial do centro, o delegado que se interessa pela educação dos filhos. Para tanto, é necessário não esquecer do tempo histórico em que esta dissertação foi escrita – tempo de remendos na Constituição¹, retorno do país ao Mapa da Fome; de discursos de ódio sem verniz, tempo de tomar o passado ditatorial e vê-lo ressoar mais agora do que em um passado recente pós-Constituição – momento de disputa de narrativas

¹ 1)Emenda Constitucional 95 de 2016 que limita os gastos sociais – saúde, educação, assistência -; 2)Reforma Trabalhista – que autorizou terceirização das atividades-fim, motivou pejotização, fez valer o acordo entre patrão e empregado acima da CLT sem necessariamente ser mais benéfico ao empregado – e3) uma Reforma da Previdência; 4)Ameaça de uma Reforma Administrativa banhada em um discurso que coloca servidores públicos como “parasitas” – como exposto na fala do Ministro da Economia em fevereiro/2020.

sobre o presente. Faz-se estrutural deste modo, entender os limites do próprio movimento se for para, ao fim da escrita, repetir o dos intelectuais à época de Carolina: viver apenas o que o texto provoca e esquecer, pouco após, a *que* ele convoca. Este texto – o que aqui escrevo - só começou a caminhar quando entendi que o corpo da pesquisadora e da trabalhadora de um equipamento de saúde mental do SUS não poderia ser dois, mas um, que faz com que os diferentes tempos de cada prática intervenham um no outro. O tempo de atender alguém, correr de um lado para o outro na unidade, retornar recado ou contatar familiar, escola, posto de saúde, conselho tutelar, promotoria, defensoria, supervisão de saúde da região; fazer reunião, “rede”, visita domiciliar, oficina de argila; esquecer de almoçar, criar estratégias para vincular quem não vincula, não conseguir escrever nos prontuários que tinha deixado na mesa e ter que separar todos outra vez porque alguém os guardou no arquivo, tocar violão com as crianças, criar música com alguém que não fala palavras, brincar de faz-de-conta, fazer mais coisas: jogo simbólico, massinha comestível, atendimento individual e/ou familiar, cachecol com as adolescentes enquanto tecemos novas histórias de si, ajudar alguém a recriar sentidos para o viver, brincar de pique-pega, reinventar futebois, registrar a produção do mês, conversar, brincar de circuito de obstáculos, acolher crises, planejar festas e saídas, orientar e ouvir as estagiárias, conversar com a equipe... E o tempo de sentar e escrever este trabalho.

Na verdade, é Carolina, em sua grandiosidade, quem me estende um holofote para ver o caminho e ensinar quanto poder há e quanta denúncia pode haver na narrativa. E além: quanta narrativa pode haver em uma denúncia. O tempo da escrita, diferente do cotidiano, exige outro contorno, em um duplo movimento de expor as práticas e alterá-las a partir da reflexão. Mesmo com as batalhas árduas cotidianas por que passava, Carolina escrevia. Não havia, em realidade, um adversativo. Escrevia a vida árdua, a vida pedia escrita.

Há uma dificuldade em colocar na escrita o vivido – perguntava-me quais dos fios puxar deste novelo, mesmo com o novelo eleito. Dificuldade que vinha da vazão de apreensão dos elementos do viver: enquanto as palavras vêm uma a uma, o cenário de demandas e dimensões da realidade em um equipamento de saúde, que já justapõe o psico e o social desde a placa de entrada, parecem vir em estouro. A palavra psicossocial em Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – *lócus* da pesquisa – foi justamente o giro do entendimento. O termo a princípio, esta contração de duas áreas em uma, é utilizado de maneira vaga e distinta por diversas correntes de pensamento na academia. Paiva (2017), no entanto, construiu uma diferenciação a partir da contextualização destas tantas correntes, distinguindo as que compõem uma perspectiva mais sociopsicológica –

que considera a noção de pessoa como “indivíduo biológico-comportamental” – para reiterar a perspectiva que chamamos de *psicossocial*, utilizada no movimento das Reformas Psiquiátrica e Sanitária que construiu o SUS, e que entende o processo saúde-doença a partir de seus determinantes sociais, sem prescindir de uma abordagem centrada na pessoa. Usar a palavra psicossocial é se propor a trabalhar, nesta perspectiva, com o campo da intersubjetividade, uma vez que entende o sujeito como portador de direitos e *em relação*, um sujeito que constrói de maneira singular seu cotidiano em uma comunidade.

Há profundidade de dimensões também nas palavras eleitas, e debruçar-se sobre o escrever organiza/organizou a reflexão *sobre* a prática *para* seguir à prática. Por sua vez, a ação produz conhecimentos – e realidades – (MACHADO, 2016) que organizam e convocam à escrita. Então, a aposta é a de que o escrever sobre as práticas em um equipamento de saúde mental infantojuvenil já é, e portanto serve a analisar e expor as relações e discursos que se produzem e se fazem possíveis hoje, considerando suas construções históricas, pensando possíveis inflexões.

Pensar inflexões e relações dadas exigiu ainda atentar para o agir-escrever a partir de um entendimento sócio-histórico sobre os fenômenos que se apresentam. Há uma gagueira no processo da escrita na equação entre o criar e pesquisar. Uma recomendação de Deleuze serviu ao auxílio e precisou ser constantemente lembrada: que tomemos os pensamentos de outros autores “como máquina conceitual construída para resolver problemas”, problemas enfrentados por eles e que nos façam sentido (FEUERWERKER, 2014 apud ALAION, 2017, p.14).

O objetivo desta pesquisa era investigar os elementos presentes no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ) quando se procura estabelecer uma postura não-sobrecodificadora no encontro com as escolas de seu território, afim de colaborar a práticas inclusivas, opondo-se a reducionismos, silenciamentos ou marginalizações na infância e juventude. Essa discussão se materializa nas experiências vividas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ), a partir da construção de encontros com as trabalhadoras das escolas do território. Experiências que pediam teorização, para a elas retornar.

Falar de experiências na saúde traz uma questão metodológica, uma vez que é sempre de narrativas que tratamos, segundo Passos e Barros (2009). Os autores propõem o uso do conceito

de transversalidade² como inicialmente cunhado por Guattari em 1964 para pensar um procedimento narrativo que transgrida as “formas sociais dominantes” e, assim, também venha a transgredir o próprio conceito de método, que se distancia de um fazer pretensamente asséptico, purificado. Trata-se de método clínico-político, tal como reconhecemos ser a clínica em saúde. Essa proposta de fazer pesquisa também contribuiu na superação das gagueiras, permitindo que a escrita articulasse pesquisadora e a trabalhadora de saúde mental. Desta maneira, fazemos uso de narrativas analíticas trabalhadas a partir de escritos em diário de campo, apostando que as narrativas possam evidenciar os relacionamentos entre elementos presentes no campo de forças.

Para tanto, não apresentaremos apenas os resultados positivos do que buscamos investigar, mas o processo, as tensões, os conflitos e as perguntas que seguiram em aberto – a isso chamamos elementos - em uma proposta de escrita inventiva (PASSOS; KASTRUP, 2014 apud ALAION, 2017). Porque para além de articular o não-cindir, há uma ação propositiva: que não seja a academia indo colher dados dos trabalhadores da saúde, mas uma trabalhadora da saúde pesquisando as ações que propõe no campo.

Nesse sentido, o conceito de pesquisa-intervenção esteve presente desde o início, como dispositivo que permitia uma “atitude crítica (inventiva) e implicativa (desnaturalizadora)” (AGUIAR; ROCHA, 2007), em que é possível conhecer o campo ao mesmo tempo em que se atua nele, colaborando com o que se pretende estudar (ROMAGNOLI, 2017). Também esta perspectiva permite a inversão de um pensamento que opera uma ruptura entre um acontecimento e a continuidade ideal da História. Neste trabalho, a dimensão histórica fez-se convocar em muitos momentos, para que melhor se entendesse as instituições, as funções dos elementos encontrados no campo. Aqui, a narrativa histórica foi considerada procedimento, revista, analisada, ajudando a atuar no campo.

É comum, ao olhar a história da saúde e outros temas presentes no imaginário social e da política brasileira, que se faça uma panorâmica em que ou o passado é retratado como uma série de eventos fracassados que começam a ser superados em “rupturas” e “novas” propostas no texto; ou ele tem em si os genes de tentativas fracassadas de superação de suas contradições e, portanto, este presente, filho destas gerações (ou degenerações), não poderia ser diferente (LIMA,

² Que, grossíssimo modo, trataria de uma abertura comunicacional que transgride as relações horizontais entre iguais e as verticais, entre diferentes, transversalizando (PASSOS, BARROS, 2009). Mais ao fim, este conceito também ajudará a pensar a própria prática da intersetorialidade (ROMAGNOLI, 2017).

FONSECA, HOCHMAN, 2005). Os últimos anos especialmente nos convocaram a repensar como contávamos as histórias. Até 2016, eu vivia uma certa maneira linear de pensar com meu entorno: falávamos de dificuldades que se repetiam e se reimprimiam em novas formas, mas que eram seguidas de importantes aberturas. Em 2007, quando eu estava no processo de prestar vestibular, os professores nos diziam que poderíamos escolher a profissão que quiséssemos, porque o momento era de aberturas: o Brasil crescia junto com a diminuição das desigualdades.

Em 2013, já psicóloga, vi Benedito Saraceno, uma figura de referência na luta antimanicomial internacional, mostrar em um gráfico na Escola de Enfermagem da USP como o Brasil conseguiu, pioneiramente, substituir as formas de cuidado psiquiátricas asilares por atendimentos em Caps. O gráfico mostrava um “X”, de linhas que se cruzavam em 2006, em que a das internações psiquiátricas passava a cair e a dos atendimentos com base comunitária subia.

O momento abria a distância entre um cuidado e outro e previa que em poucos anos se zeraria as internações psiquiátricas de longa duração. A sensação era de que as dificuldades do caminho eram arestas importantes a se aparar em um modelo que ia se aperfeiçoando. O pensamento linear, que fazia do processo histórico uma conquista contínua de um fim a ser seguido *a priori*, não possibilitou ver (ou agir) no que ficava pelo caminho e se reorganizava no campo de forças. Dentre os muitos processos que foram ganhando consistência, um deles fortaleceu o desmoronamento dos projetos de abertura de direitos humanos que enfrentamos hoje.

Deste modo, o esforço aqui será o de não cair em linearidades tentadoras que entendem haver uma forma verdadeira daquilo que não foi alcançado *ainda*. É próprio deste pensamento linear olhar um fenômeno e apenas buscar nele o que lhe falta para concluir, para alcançar um êxito preestabelecido à sua existência (MACHADO, 1996) – como apontar que a uma criança *só falta* prestar atenção para ser uma *boa* aluna, ou dizer que uma democracia é inconclusa porque *ainda* não é a democracia *verdadeira*. Tentamos, de outro modo, buscar alternativas a isso, justamente por entender a importância das determinações sócio-históricas e dos processos dialéticos para não propormos práticas-conceitos como essências ‘apriorísticas’ (PRADO JR, 2014³).

³ Neste texto, que data de 1966, Caio Prado Jr faz uma crítica aos pensamentos e ações pré-Golpe de 64 dos que compunham o PCB, por terem sido apriorísticos e dogmáticos na busca da Revolução Brasileira, olhando os fenômenos como “deveriam ser” e não tais como se davam, aliando-se à burguesia para uma implementação da industrialização e do capitalismo, que seria a “fase” preparatória para o socialismo, e viam em qualquer greve uma aproximação da revolução, sem que os trabalhadores envolvidos assim entendessem. Para Prado Jr, enxergar a iminência ou eminência de uma revolução a priori socialista em toda luta social e política é uma postura que produz

Desde antes da época de Carolina Maria de Jesus, muito se pensou e se movimentou no que diz respeito à educação de filhos das Carolinas e aos olhares de autoridades voltados a eles. A ideia de delinquência em contraposição à “utilidade à pátria” também sofreu mudanças, assim como alguns elementos se fizeram permanecer, percurso do qual a saúde participou de maneira ativa. No Brasil de 1920 e 30, a delinquência era objeto da saúde, que intervinha na educação justificada por um discurso de prevenção, para que a população viesse a se tornar mão de obra qualificada, em um grande projeto de Nação. Crianças das classes populares eram vistas por discursos hegemônicos nas faculdades de medicina (VERZOLLA, 2017) e na Liga Brasileira de Higiene Mental (COSTA, 1980), como sendo naturalmente menos capazes de ter sucesso no sistema educacional e mais tendentes a “delinquir”, tornando-se, por isso, alvo de “intervenções precoces”.

Essas crianças foram também envolvidas pelo termo “criança-problema”. Este conceito, que a princípio veio para deslocá-las do lugar de predisposição à delinquência, denunciando os problemas, as violências e opressões que sofriam, passou a ser utilizado como componente estigmatizador pelo discurso que ele tentava superar (FREITAS, 2010). Nos anos 1960, enquanto delegados diziam às Carolinas que favelas ajudam a delinquir, na mesma cidade propunham-se novas formas de pensar o desempenho das crianças nas escolas a partir da compreensão – trazida por Antonio Candido e Florestan Fernandes – de que a então recente urbanização deveria trazer questões sociais das quais a escola não poderia se alienar ao formular suas práticas (FREITAS, 2014).

Estas crianças, filhos e filhas de Carolinas, ocuparam as classes especiais, com diagnóstico ou não de deficiência intelectual leve, uma vez que cabe bastante diferença no ser especial. Por outro lado, olhando e entrando em contato com estas crianças, denunciou-se este olhar dicotomizador e segregador (MACHADO, 1996; PATTO, 1990). Hoje, estas crianças ainda são as que recebem diagnóstico de deficiência intelectual leve, mas alguns novos diagnósticos se somaram, principalmente transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta. Aos diagnósticos, somaram-se também remédios, para que fiquem melhor adaptadas ao ambiente escolar: antes a enxada, hoje a ritalina (GERALDI, 2013). Por outro lado, a Política

sectarismo, tendo como maior efeito o isolamento dos sectaristas e a organização para sua neutralização. Prado Jr defende que não se pode resolver os problemas que se apresentam com soluções externas, mas conhecendo, acessando os fatos atuais e propondo ações no desenrolar: “Conhecendo-se esses fatos atuais na sua interligação e nas suas contradições, podemos daí inferir as soluções a serem dadas a tais contradições. Soluções reais, no sentido de promoverem o progresso e o desenvolvimento histórico(...)” (p.20, 2014). Alguns dos que sofreram as críticas de Prado Jr o chamaram de relativista extremo, que só se preocuparia com processos e relações (Reis, 1999).

Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Pneepei) de 2008 garante que hoje todas as crianças estejam nas classes regulares.

Contudo, e aqui já anunciaremos um dos elementos partícipes dos desafios encontrados nas práticas que serão mais discutidas adiante, a Pneepei define o público alvo da educação inclusiva a partir da linguagem da saúde: “alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação”, sobrecodificando a educação com expressões clínicas; resultado de um processo histórico a ser explorado mais à frente. Ainda que haja brechas, como a Nota Técnica 4 do Ministério da Educação de 2014, que salienta a não obrigatoriedade de um laudo médico para o planejamento do atendimento educacional especializado (AEE), e o define como instrumento complementar “quando a escola julgar necessário” (BRASIL, 2014). No entanto, a própria nota retoma o público-alvo citando os diagnósticos clínicos (FONSECA, 2017a) no parágrafo seguinte.

1.1 Entre caminhos e escreveres: percursos de um trabalho-pesquisa

Esta pesquisa começou pouco após minha entrada em um Caps Infantojuvenil (Caps IJ) do município de São Paulo, após ter trabalhado em um Caps Álcool e Outras Drogas (Caps AD) em uma cidade periférica da capital. Em comum, nestes dois Caps, havia a sensação de um formato de equipamento que teria que se reinventar a partir de suas especificidades, uma vez que foram criados baseados no modelo de Caps Adulto e da discussão sobre a loucura na pessoa adulta⁴. Antes desses dois Caps, eu havia feito aprimoramento no Caps Itapeva – o Caps Adulto que criou a sigla-ideia Caps em consonância com tantos outros movimentos brasileiros criadores na década de 1980. Se neste Caps vi pessoas com muita bagagem acadêmica e prática disputarem a legitimidade dos próprios conhecimentos, nos outros, o não saber parecia mais bem-vindo, mas igualmente intimidador. Na “ponta” que não é reconhecida como modelo e se encontra distante

⁴ A lei 336/2002 regulamentou os CAPS Adulto, Álcool e Drogas e Infantil como equipamentos de atenção secundária à saúde mental no SUS, compondo a atenção primária os postos de saúde e a atenção terciária os leitos psiquiátricos em Hospital Geral. A atenção em saúde mental no Brasil passou a ser comunitária e não mais manicomial a partir da lei 10216/2001, lei da Reforma Psiquiátrica, que tramitou durante 10 anos até sua aprovação, exitosa a muito custo. Antes da lei, já havia iniciativas pontuais de atenção à saúde mental em perspectivas mais alinhadas aos direitos humanos. O CAPS Adulto Itapeva foi um dos modelos propostos e o que ganhou mais espaço na narrativa da Reforma, virando modelo para os equipamentos de saúde mental territorial. Assunto bem detalhado em Tenório (2006), Amarante (2014) e Nader (2017).

das universidades, paira por vezes a sensação de que não se está atuando a política pública do jeito “certo”, entendendo o “certo” como aquele definido pela academia, algumas vezes afastada do cotidiano dos serviços (FEUERWERKER, 2015).

No Caps Álcool e Outras Drogas vivíamos, trabalhadores e usuários, alguns impasses políticos e, portanto, clínicos, um tanto desafiadores. Embora a diretriz do Ministério da Saúde, em consonância com a lei da Reforma Psiquiátrica, ainda fosse a do cuidado comunitário, do cuidado durante a vida cotidiana com base na Redução de Danos⁵ e internação em leito psiquiátrico em Hospital Geral, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas do Ministério da Justiça (Conad/MJ) havia regulamentado equipamentos de internação para usuários de álcool e drogas nomeadas Comunidades Terapêuticas, destinando investimentos a estas instituições não médicas, que têm em suas atividades regulamentadas aquelas destinadas à espiritualidade, sem qualquer critério alinhado às políticas e diretrizes de saúde⁶.

Em 2017, o Conselho Federal de Psicologia fez uma inspeção em 28 destas instituições (BRASÍLIA, 2018), atestando irregularidades e violações graves de direitos, além de “novos usos” para as comunidades terapêuticas, como internação de idosos e de pessoas com transtornos mentais variados. Tais comunidades eram e são os manicômios atualizados, agora fora do distrito da saúde, mas utilizando-se dos termos que foram cunhados nas políticas públicas de saúde, como “acolhimento”, “Plano de Atendimento Singular” – enquanto o da Saúde é “Plano terapêutico Singular” -, “cuidado”, “atenção”, “promoção”, “reinserção social”. Algo do manicomial retornava, usando os nomes da Reforma Psiquiátrica. Em realidade, nunca tinha totalmente desaparecido, mas foi tomando força até se efetivar em maior legitimidade como pauta no Governo Federal desde 2019, que passou a empreender uma “contrarreforma na Política de Saúde Mental” (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019). Esses aspectos pareciam não chegar com tanta intensidade no Caps IJ em que começou a presente pesquisa.

Neste Caps IJ, os problemas eram outros. Neste município, havia um processo de terceirização das unidades de saúde ao longo de muitos anos⁷ e a unidade de Caps IJ era

⁵Nomeia-se como prática de Redução de Danos aquela que considera o desejo e cuidado do sujeito sem tomar o atendimento por uma via moral anterior ao que se desenha como cuidado com o sujeito. A Redução de Danos no Brasil começou nos anos 1980 com a distribuição de seringas para evitar que se propagassem doenças imunodepressoras via compartilhamento de seringas.

⁶ Resolução nº01/2015 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

⁷ Diferente do município anterior de trabalho, em que havia concurso público quase todo ano e os profissionais que se aposentavam ou se exoneravam eram repostos, havendo possibilidade dos trabalhadores escolherem onde iriam trabalhar, permutar com flexibilidade maior, etc.; neste Caps IJ, a história de um passado melhor, mais robusto de

administrada diretamente pela prefeitura, assim como o Caps AD de onde eu vinha. Mas no município que eu chegava, ser da administração direta era sinal de sucateamento, com equipe menor que as terceirizadas e com reposição insuficiente de trabalhadores que se aposentavam. A relação com os superiores também parecia outra: se no Caps anterior, havia um apoio ativo da Coordenadoria para ações conjuntas com outros equipamentos e setores do município, este Caps e os superiores tinham uma relação de desconfiança e fiscalização destes com aquele. As instâncias superiores pareciam longe do Caps, com menos comunicação cotidiana. Quando eu cheguei, ninguém da equipe sabia que aquele seria meu primeiro dia lá.

Esta equipe que me recebia era muito preocupada em permitir que as crianças e os adolescentes tivessem voz quanto a seus sofrimentos, não fossem silenciadas com medicação e não tivessem suas vidas reduzidas a um diagnóstico. A médica psiquiatra muito atendia, pouco medicava e tinha uma atuação muito presente na equipe multiprofissional, nas reuniões e atendimentos. Quando relatórios eram pedidos, escrevia-se sobre os processos relacionais da criança ou adolescente nos atendimentos.

Havia, no entanto, um choque com o que pedia o território. As escolas pediam relatórios com o diagnóstico e a medicação que seria prescrita àqueles que nos encaminhavam, inclusive para colocá-los em recuperação, situação que prescinde de qualquer diagnóstico. Havia pedidos, por parte dos trabalhadores dos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (Saicas), para que os adolescentes e crianças cuidados por eles fossem atendidos primeiramente e apenas pela psiquiatra, para medicação. Diante da negativa do Caps IJ de responder ao que se pedia e da forma como se pedia, novas estratégias se evidenciaram: os Saicas solicitavam a médicos “voluntários” que medicassem as crianças; as escolas reescreviam encaminhamentos, desta vez a serviços ou exames específicos e mais voltados à dimensão “orgânica” – neuropediatra, neuropsicóloga, neurologista, geneticista, tomografia. O pedido por avaliações e relatórios com diagnósticos era grande. Os trabalhadores do Centro Especializado em Reabilitação (CER) da região reiteravam, nas reuniões de rede, que não era papel deles dar diagnósticos de quem tratavam. Escrevo tudo isto no pretérito imperfeito, porque não está

profissionais e então de possibilidades de ações pesava no discurso de quem estava lá trabalhando e de quem era atendido há mais tempo. Ao invés da reposição por concurso público, as unidades da região que começassem a ficar com equipe muito pequena eram terceirizadas e seus trabalhadores repassados a unidades que ainda tivessem administração direta. Isto segue ocorrendo com cada vez mais força à medida que muitos profissionais se aposentam.

perfeitamente definido que estes fenômenos todos tiveram fim. Foi a partir deles, no entanto, que esta pesquisa começou a ganhar um contorno.

Em certa reunião de matriciamento organizada pelo CER, fui chamada a falar, junto com a terapeuta ocupacional do CER, sobre o trabalho com deficiência intelectual, para que pudéssemos pensar com a rede, composta basicamente por trabalhadores de saúde mental das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fluxos e composições de atendimento. Eu e a terapeuta ocupacional do outro serviço montamos uma apresentação que questionava a avaliação psicológica feita a partir dos testes psicométricos e detalhava o trabalho feito em cada serviço (Caps e CER). Ao final da apresentação, no momento da discussão, muitos trabalhadores da rede verbalizaram surpresa ao ouvir o que dissemos e ressaltaram, valorizando, pontos que havíamos dito que faziam sentido com o que eles viam acontecer em seus serviços. Muitos disseram nunca terem parado para pensar que um olhar avaliativo, com uma “prova” feita a uma criança que provavelmente já não está indo bem na escola, a partir de perguntas que têm a ver com o conteúdo escolar – e que também não o têm, vide perguntas sobre a distância entre São Paulo e Lisboa -, pode não apenas oferecer uma visão parcial, como ainda ter efeitos na criança “testada”. De certa maneira, também fiquei surpresa com a surpresa de tantos trabalhadores de saúde mental.

Ao final da discussão, no entanto, uma trabalhadora perguntou de quem era então, na rede, o papel de diagnosticar deficiência intelectual, grande pedido das escolas da região, que pressionavam os trabalhadores das UBSs. A gestora da unidade do CER, juntamente com a da minha unidade, respondeu que era da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaie), que tem um convênio com a prefeitura para aplicar, durante três encontros, o teste psicométrico WISC-III e elaborar um relatório a partir da avaliação. Em relação a esta resposta foi apontado apenas um problema pelas pessoas que estavam na mesma discussão anterior: a longa fila de espera.

Há, na história da Psicologia Escolar, uma inflexão que lança o olhar à multideterminação das relações institucionais, dos processos de escolarização e, portanto, passam a questionar metodologias que busquem justificativas apenas na criança para as dificuldades encontradas no encontro escola-criança. Os altos índices de exclusão e repetência dos alunos de escolas públicas passam a ser compreendidos então como produtos de políticas educacionais, de apropriações dos conceitos da psicologia para explicar as dificuldades escolares como problemas individuais, orgânicos ou pela pobreza, e do preconceito em relação à capacidade das crianças de classes populares (SOUZA, 2017; PATTO, 1990).

Este rompimento não teria como não trazer o questionamento acerca da neutralidade da psicologia e da psicométrica a partir da contextualização de suas convocações⁸. Assim, uma abertura produziu outras, ou evidenciou outros fechamentos que demandavam novas aberturas: apontou-se a crescente predominância dos discursos médicos e jurídicos na educação, questionou-se a separação de alunos em salas especiais ao expor a pouca ressonância que guardavam com as salas de ensino regular (MACHADO; LERNER; FONSECA, 2017), fez-se frente para que crianças consideradas autistas e psicóticas pudessem ocupar o espaço escolar (KUPFER, 2000).

Essas rupturas chegaram a compor forças nas lutas que construíram, custosamente, a edificação dos desenhos institucionais em saúde e educação que encontramos hoje, 30 anos após a Constituição, e significaram grandes avanços na garantia de direitos da população. Nesse contexto, houve a assinatura do Estatuto da Criança e do Adolescente (1991) que mudava os paradigmas do olhar para a infância e adolescência a partir da proteção; houve ampliação do acesso à escola e à saúde; a Reforma Psiquiátrica instituiu o cuidado em saúde mental no território; a PNEEPEI foi implantada na Educação, não havendo mais segregação entre Educação e Educação Especial. Enfrentamos, no entanto, um momento em que muito do que parecia poder ser tomado como garantido vem se desfazendo, sinalizando que “toda realidade, sempre sócio-histórica, é um jogo de forças permanente que porta um caráter de variação e de transitoriedade, de inacabamento e de gestação constante” (VICENTIN, 2016, p.29). Se pensarmos em Prado Jr, lembraremos de olhar para os acontecimentos tais como se dão para propor soluções que respondam a eles, sem trazer soluções externas que podem provocar sectarismo.

No território do Caps IJ, as respostas criadas pelo território em face das ações do Caps diziam coisas importantes de serem escutadas. A negação do diagnóstico não diminui o pedido para que ele defina os outros campos do viver, a negativa ao remédio não cria novas formas de possibilitar e viver o *criançar* (VICENTIN, 2016). Entendemos que a medicina não é um alvo a ser atingido para diminuir os processos de patologização e medicalização, uma vez que sua entrada no espaço público e nos processos de vida da população constitui fato social, da qual ela faz parte

⁸ Entre finais do século XIX e início do XX, o modelo burguês de sociedade não vinha entregando a promessa de iguais oportunidades a todos, promessa na qual a escola era importante peça. A partir disso, o que se fez ciência à época, a eugenia, buscou respostas nas capacidades dos indivíduos, justificando pelo biológico a manutenção de certos grupos nas camadas mais baixas da sociedade. Embora alguns dos que propuseram técnicas de medição da inteligência tenham ressaltado a importância da consideração de aspectos sociais, não é algo levado em conta na avaliação em si, mas colocada apenas como um aviso. Faz-se importante ressaltar a ideologia que resguarda a psicométrica para criticá-la e expor seu funcionamento. (MACHADO, 1996; PATTO, 1980, PATTO, 2017).

(AYRES, 2001). Entendemos também que apontar os Saicas e as escolas como patologizadores e medicalizadores no sentido de algo que não deveriam ser, não contribui para modificar os processos que dão consistência às ações patologizadoras e medicalizadoras (MACHADO, 2014), não vem possibilitar que toda forma de vida seja considerada legítima.

O problema seria o diagnóstico em si? O diagnóstico na clínica tem função importante para pensar procedimentos e estratégias de atendimento... na clínica. O receio aqui é que dele derivem efeitos em outros campos da vida⁹, de modo a impossibilitar outros laços com um sujeito que não atravessados pelo diagnóstico. Que o diagnóstico seja uma prática em si. Por outro lado, se há um diagnóstico a ser feito pela área da saúde, isto significa que já houve um processo anterior, no qual algum aspecto da vida foi considerado como pertencente à área médica, tendo sido demandado ou licenciado socialmente à medicina que lhe propusesse um tratamento, tirando a responsabilidade ou peso de outros atores (CONRAD, 1975). Ou ainda, se há um pedido de diagnóstico, isso diz que algo foi percebido como escapando daquele conjunto de sentidos e saberes... algo despertou impotência.

Certos diagnósticos passaram a contribuir para que não se seja julgado moralmente por alguns comportamentos do filho – o diagnóstico traz maior compreensão (CONRAD, 1975) -, a auxiliar no transporte público, possibilitar acesso ao Benefício de Prestação Continuada, propiciar o acesso aos apoios da Educação Especial baseada na Educação Inclusiva. Neste contexto, criar estratégias na relação com a escola que somassem forças para não restringir as vidas ao discurso do especialista passou a ser o objetivo maior de meu trabalho no Caps IJ e alguns dispositivos de encontro com as escolas foram criados.

A questão, no entanto, estava focada no “como”, em *como* criar responsabilidades comuns que prescindam de que a educação precise de um discurso da saúde que desigual as diferenças para fazer seu trabalho. E em como fazer com que um equipamento da saúde mental possa mover-se em si para se autorizar a não ser interventor dos outros campos, mas intervir *com* os outros campos. Depois, entendi que fazer pesquisa buscando já o “como se dá”, “como fazer”, é próprio da discursividade do método, da ideologia, que não dá espaço ao não-saber (CHAUÍ, 1980). Era necessário se autorizar a acessar o desconhecimento, trabalhar nele. Não buscando as essências das coisas, distantes da vida que se faz, como criticava Prado Jr, mas acessar os movimentos. O que é

⁹ O que Dunker (2011) propõe chamar de diagnóstica. Moysés e Collares (2013) apontam que a expansão das soluções cunhadas na medicina para as outras áreas da vida seja justamente a definição de medicalização.

o fazer comum que tanto se fala? O que é educar hoje nas escolas públicas ou trabalhar em saúde mental em São Paulo? O que é intersectorializar em equipamentos que (ainda) constituem uma democracia em movimento? Como ponto de partida, elegemos elementos da Reforma Psiquiátrica e da Ética Inclusiva para pensar o encontro na diferença.

1.2 Reforma Psiquiátrica, Diferenças e Inclusão

A Reforma Psiquiátrica se constituiu como movimento no fim dos anos 1970, composta por familiares, usuários e trabalhadores da saúde mental. Já havia críticas aos hospitais psiquiátricos, que ganharam força com a deflagração das fraudes nos convênios do governo, que mantinham os pacientes cronicamente internados visando lucro, e as denúncias de abandono e maus tratos a que eram submetidos os pacientes nestes hospitais (DUNKER; KYRILLOS, 2015). Mas o que chamaremos a atenção nas narrativas sobre a Reforma aqui é o giro que se dá: de um movimento de trabalhadores que criticavam funcionamentos dos hospitais psiquiátricos, passa-se a fazer composição com familiares e pacientes, na luta contra o modelo asilar em si¹⁰, na luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002; DEVERA; COSTA-ROSA, 2008; NADER, 2017). Com o *não* ao manicômio, se conquistam discursos que dão outro lugar à loucura: a cidade. Assim, a loucura circula, não está só no manicômio, pode fazer parte de momentos diferentes da vida de alguém e, principalmente, o louco não é só da loucura, é cidadão, cidadão com direitos à vida, lazer, educação... não apenas ao tratamento e a filantropia. Passa-se a inventar novas maneiras de cuidado com referências na comunidade. O tratamento não é mais toda a vida de alguém, pois aquilo que se reconhece como diferença, não o totaliza.

Foram muitas as conquistas operadas de lá para cá, desde o fechamento de hospitais à criação e abertura de Caps e Serviços de Residência Terapêutica na rede de atenção. No entanto, seguimos periféricos. A lógica hegemônica ainda é a manicomial (NADER, 2017), da resposta única, e ela surge nos diferentes campos da vida, nos diferentes atores, como nas comunidades terapêuticas referidas acima, ou em uma mãe que quer internar seu filho. Diante dos *nãos*, ela se reorganiza, e aparece sob o nome de cuidado, proteção, medo. Apenas negá-la é repetir seu procedimento de silenciamento. Que o manicômio retorne em comunidade terapêutica fala de uma

¹⁰ Com muitos ricos detalhes no processo. Recomenda-se a leitura de Nader (2017) para acessar os meandros e estratégias neste movimento.

insuficiência que dá consistência a essa ideia, insuficiência na qual talvez possamos agir¹¹. Faz-se necessário se posicionar para além do *não*, para acessar a multiplicidade de fatores que constituem esta lógica, e então atuar nesta fronteira.

Nader (2017) discorre, em cuidadoso trabalho, sobre o perigo em considerar que o estabelecimento da cidadania devolve o louco ao mundo dos normais, como se algo que lhe foi suprimido seja então restituído, e agora ele é como um qualquer. O perigo é que se lhe borre as diferenças, deixando de acessar o que estas diferenças produzem no mundo, sem poder responder a estas produções. Como exemplifica o autor, quando se pergunta ao Caps “o que ele tem” e se responde “não tem nada”, não acessamos o que criou o pedido de diagnóstico, opera um apagamento precário da diferença. Há que se atentar aos deslocamentos do desejo de cura para aqueles que são referidos como sendo de “inclusão social”, e de uma prescrição medicamentosa para uma prescrição normatizadora/adaptacionista, que terminaria por novamente calar o sujeito (DUNKER; KYRILLOS, 2015).

No campo da infância e juventude na Reforma, vivemos algo similar. Também principalmente desde os anos 1970 se faz necessário denunciar a atribuição de fenômenos da infância e juventude à área da saúde. Negar remédios e diagnósticos pedidos não atua naquilo que constitui esses pedidos. Há o *não* necessário – ao manicômio, à medicalização – que se posiciona contra os silenciamentos, contra o pensamento *uno* (MACHADO, 2014). Mas o *não* tende a repetir o movimento que buscamos superar quando desconsidera que quem está do outro lado também pretende cuidado. Não se trata de relativismo infinito, há que se opor à produção de fragmentações, marginalizações, silenciamentos. Mas como sair do binarismo? O Caps II em que entrei nega atender aos pedidos do território que descrevi acima por que também conhece o que se produz com eles. O diagnóstico fora da clínica vira “espécie de explicação de bolso, prêt-a-porter, acaba por funcionar como uma justificativa da não aprendizagem desse aluno devido a algum problema localizado e elucidado pelos especialistas” (FONSECA, 2017a, P.133). Ele justifica as insuficiências, o não aprender (FONSECA, 2017a). Como pensar emancipações desse movimento sem também borrar nossas diferenças com o *outro lado*? E a indagação se tornava: como provocar práticas inclusivas de fato?

A preocupação do Caps é de não ser conivente com exclusões (ou inclusões marginais), e nos perguntar sobre este par dialético inclusão/exclusão, em que uma palavra nega a outra,

¹¹ Machado (2014) é quem abre estas brechas de pensamento expostas aqui.

demandou discussões. Exclusão é um “conceito bonde ou mala”, de acordo com Sawaia (1999), “que carrega qualquer fenômeno social e que provoca consensos sem que se saiba ao certo o significado que está em jogo” (p.7). Com esta autora, localizamos um dos elementos sobre o qual desejávamos pensar/trabalhar, pois, segundo ela, facilmente se incorre em falar de apenas um aspecto da exclusão – o econômico, o social, etc -, “minimizando o escopo analítico fundamental da exclusão, que é o da injustiça social” (p.7), ou deixando de lado as dimensões subjetivas. As pessoas estão sempre incluídas de alguma maneira no sistema, e, quando discutimos sobre a exclusão, estamos apontando a inclusão precária. A exclusão não é falha do sistema, é engrenagem própria dele. No próximo capítulo, esta discussão se materializa na narrativa sobre Matheus e sua escola.

A escola liberal tradicional era considerada solução para aplacar as diferenças econômicas, sociais e culturais propagadas por um modelo de industrialização crescente no fim do século XIX. Não era considerada como parte da sociedade e reprodutora do problema, como passa a ser. A partir daí, um lado da história da educação passa a pensar como fazer caber as diferenças, mas ainda considerando a homogeneidade da escola tradicional. Escola especial e escola tradicional liberal são dois lados da mesma moeda (RODRIGUES, 2001, p.18). Ao nos perguntamos se seriam *práticas inclusivas* o nome do que buscávamos, uma história de David Rodrigues (2001) ajudou-nos a localizar os problemas.

Quando começaram as experiências de escolas integralistas em Portugal em 1976, com equipes itinerantes de professores e outros equipamentos de apoio, algo se deu nesta atenção aos alunos com “necessidades educativas especiais” (NEE). Foram se criando dois grupos de alunos NEE: os *normais* e os *especiais*. Os últimos tinham deficiências identificadas e tinham mais apoio, com atendimentos especializados. Os primeiros, cujas necessidades não eram visíveis, mas que ele descreve como tendo “dificuldades específicas de aprendizagem, problemas de comportamento, insucesso escolar, oriundos de minorias étnicas, etc.” (RODRIGUES, 2001, p.7) não recebiam estes apoios e eram esquecidos e marginalizados. Ele afirma o desafio de inventar uma maneira de olhar para todas as necessidades, não apenas a deficiência, era preciso prescindir do modelo médico-psicológico¹² em que atribuía-se valor comparativo às diferenças. Uma ética inclusiva

¹² Modelo este, apontado por Canguilhem (2009), que passou a associar a anomalia (do grego – desigualdade, aspereza - que implica um fato), com anormal (nomos no grego ou norma no latim, que se relaciona com a lei – implica um valor). Associação falsa, uma vez que doença não é anormal, considerando a frequência estatística, mas normal.

pode e deve ser ampla, uma vez que “exclusão é descompromisso político com o sofrimento do outro” (Sawaia, 1999). Mas de que maneira superar os valores atribuídos às diferenças em cada um? O campo da deficiência nos trouxe uma resposta palpável com conceitos que pouco percebíamos no campo da saúde mental pois, nas discussões cotidianas do Caps, os problemas que advinham de eventuais posturas adaptistas eram atribuídas à Reabilitação Psicossocial da Reforma Psiquiátrica e apontada principalmente pelos psicanalistas (DUNKER, KYRILLOS, 2015).

Segundo Palacios (2008), foram três os modelos para lidar com as deficiências ao longo do tempo. O da prescindência (que David Rodrigues chama de mágico-religioso), em que as causas da deficiência são compreendidas por razão do destino e estima que as pessoas com deficiência não contribuem à sociedade, que poderia, portanto, prescindir delas. Em um segundo modelo, reabilitador, as causas da deficiência passam a ser do escopo científico e as pessoas com deficiência podem não ser inúteis, porque passíveis de reabilitação e, portanto, seu fim é o da normalização, através do ocultamento da diferença. E um terceiro modelo, que é denominado modelo social, em que a deficiência é compreendida como uma questão social. Este é o modelo principal em nossas legislações, presente na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada à legislação brasileira em 2008. No modelo social, as pessoas com deficiência são consideradas pessoas que estão na sociedade como outras quaisquer, e as causas da deficiência são sociais¹³. Neste modelo, não se tenta apagar as diferenças ao convocar o entorno. Ele está ligado aos direitos humanos e propicia inclusão social a partir de princípios como acessibilidade universal, normalização do entorno, diálogo civil, vida independente, etc. Estes modelos não se superam, eles coexistem.

A partir desse modelo, entramos em contato com o conceito de diferenças funcionais. As diferenças funcionais pensam a diferença como aspecto da relação. As diferenças não são borradas, estão aí, e se constituem na relação com o entorno, de maneira a responsabiliza-lo na superação de eventuais barreiras impeditivas. Como esse pensamento ajudava o trabalho?

Localizando os próximos passos

“Diversidade não é doença”, “o anormal não é o patológico”, para citá-lo em uma das simplificações esclarecedoras – e bem-vindas - que ele dá ao leitor em meio a um raciocínio denso. (CANGUILHEM, 2009, p.63).

¹³ Impedimentos de longo prazo de diferentes naturezas que, em interação com uma ou mais barreiras, podem impedir sua participação plena em sociedade.

A exclusão da cena política e social daquilo com o que a sociedade não consegue lidar sob o discurso da reabilitação ou da tutela, como vimos, não é novo. No Caps AD (em que eu trabalhava antes de chegar ao Caps IJ), ao atender os hoje considerados adolescentes e pré-adolescentes, entrávamos também em contato com marginalizações que se mostravam atuantes desde mais cedo na vida, apenas aparentemente mais sutis. Foi aí que as estratégias de articulação com as escolas do território em um Caps passaram a ser pensadas, uma vez que muitos dos meninos que atendíamos já não frequentavam o ambiente escolar ou não tinham boas relações com ele e pareciam buscar outros circuitos de vivência que reconhecessem suas existências como legítimas, como o comércio varejista de drogas do bairro.

A partir da discussão do atendimento de um adolescente, que aqui chamaremos Matheus, nome plural no singular, discutiremos mais adiante como o olhar para a interlocução com as escolas foi mudando, deslocando, o Caps de uma posição de intervenção para a de busca de responsabilização comum.

Para tanto, o entendimento passa a ser o de que, para a saúde mental entrar em contato com o fenômeno da marginalização, não podemos pôr o fenômeno em si à margem, como tratamos anteriormente, pois ao entrar em contato com práticas excludentes a partir do imperativo de que elas não deveriam existir – que um professor não deveria atuar de certa maneira com um aluno, que uma equipe de professores não deveria pensar daquela forma –, estamos repetindo e reiterando o funcionamento do fenômeno de exclusão, isto é, o entendimento de que algo *não deveria ser*, em vez da análise de sua existência para nela agir. Este imperativo negativo implica entrar em um campo de atuação com a postura de quem sabe como *na verdade* as coisas *deveriam* se dar, o que só vem a reforçar o lugar de especialista da saúde mental para a condução dos processos de vida e não contribui para o que seria o propósito dos equipamentos de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica: acessar o que há ali de sofrimento, de exclusão, de insuportável, o que há a ser dito e escutado, para atuar de modo que o cuidado em um equipamento em saúde mental não seja o aspecto central de uma vida.

A narrativa sobre Matheus foi a construção do campo problemático desta pesquisa. Ali, compreendemos que repetíamos movimentos que queríamos superar. Fez-se necessário pesquisar outras ações referentes aos encontros da saúde mental e da educação para entender insistências, superações, coexistências, que estão materializadas no capítulo 3. Na construção do capítulo 4,

discutimos os pensamentos subjacentes na organização de uma sociedade em que a saúde mental e a educação se encontram, pensamentos que organizam, determinam e criam também as maneiras de encontrar. Aqui, enfocaremos principalmente na construção do conceito de intersetorialidade. E o capítulo 5, traz as narrativas analíticas dos encontros, em que essa pesquisa focou, entre Caps II e escolas do território.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA POR UMA SOCIEDADE INCLUSIVA: PERCORRIDOS DE UM MATHEUS

Sempre comunicativo e com muitas perguntas e opiniões sobre as coisas do mundo, Matheus era um menino rápido com as piadas. Entendia os olhares dos técnicos do CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) e os contextos não ditos com muita facilidade. Acolhia os novos jovens que chegavam ao grupo do CAPS e ocupava ali um papel de liderança, falando com os mais novos do grupo em tom professoral e orientando-os a não repetir seus atos. Aos treze anos, Matheus entrou para o tráfico do bairro e saiu da escola. Aos 15, foi para a Fundação Casa. Aos 16, escrevia palavras com insegurança com uma letra de quem não estava habituado a garatujar escritas. Após sair da Fundação, cumpriu medida socioeducativa em Liberdade Assistida. A técnica da medida que o acompanhava foi quem recomendou ao juiz o encaminhamento ao CAPS Álcool e Outras Drogas do município. Matheus passou a contar com a equipe de lá como apoio para suas questões, aparecendo nos horários combinados ou espontaneamente quando algum problema pessoal surgia. Sabia fazer troco rápido, mas não conseguia escrever as contas; bom cozinheiro, calculava proporções com facilidade quando era dia de culinária, mas tinha alguma dificuldade para ler as receitas.

Depois de dois meses frequentando o CAPS, voltou à escola. Esse tempo, os dois meses, divide-se na metade em dois movimentos. O primeiro segmento de tempo foi ocupado pelo movimento de Matheus que, mesmo relatando ter gostado muito das aulas na Fundação, precisava ainda considerar de fato o retorno à sala de aula, um dos itens a serem cumpridos da medida socioeducativa. Foi após uma conversa no CAPS sobre o futuro, sobre “o sistema”, proibicionismo e injustiças sociais que as técnicas o ouviram falar pela primeira vez de um plano que incluía a escola: comentou que queria ser advogado e defender pessoas como ele. O segundo mês todo foi ocupado pelo movimento da própria escola, que era ao lado da casa de Matheus, para aceitar que ele iria estudar lá novamente. Ele percebeu a demora. Avisava às técnicas já ter “aprontado muito” na escola e que elas iam ver como não o queriam por lá. A matrícula só se deu no fim desse segundo mês com a ameaça da psicóloga/técnica da medida socioeducativa de levar ao juiz a recusa do município em matricular Matheus.

Uma nota de uma vida singular que denuncia uma pluralidade de áreas pelas quais parte da população tem sua existência carimbada em uma história única: Matheus, menino-negro-pobre-da-periferia, cujo processo de escolarização foi atribulado, e que encontrou espaço no comércio ilegalizado do bairro. “São muitos os perigos desta vida, para quem tem paixão principalmente”, começa um poema de Vinicius de Moraes. O processo de letramento e escolarização com certeza não seria diferente (GERALDI, 2013).

Para aprender, é necessário poder sair ao encontro da alteridade para retornar a si em outro ponto. No entanto, se há práticas que deslegitimem alguém do seu lugar de sujeito pensante, esvaziam o que se é e são minadas as forças para o encontro com a alteridade tão caro ao aprendizado. Na composição de escola que Geraldi (2013) denuncia, *errado e certo* apagam o reconhecimento de diferentes maneiras de experienciar a língua e o viver; apaga a legitimidade de outros viveres. Higieniza e homogeneiza. Não reconhece e, por isso não permite, Carolina Maria de Jesus. E, por receio de que esta citação embruteça o conteúdo delicado do que abre Geraldi, mais um item para a lista: não reconhece toda a vida que há na sujidade das palavras que um alguém arrisca em um papel.

Não se trata de entender que no ensino não seja necessário apresentar uma linguagem formal escrita, por exemplo, mas trata-se de poder apresentar as diferentes culturas e vivências humanas com a língua em seus diferentes contextos como legítimas (ANGELUCCI, 2014), para que todos possam se reconhecer ali no espaço escolar como pertencentes; em um espaço que acolhe o singular, sem massacrá-lo com a língua de todos para todos. Trata-se de olharmos quem, na lógica do certo e errado, em uma sociedade dividida em classes sociais marcadas pela exploração de uma pela outra, recebe mais os errados. Angelucci (2014) nos provoca a lembrar sobre como todos já nos sentimos estrangeiros na escola de alguma maneira e, ainda que sendo uma experiência comum, esta não se torna uma questão coletiva. Eis aí um eixo ético-político que nos interessa: a aposta de que a escola seja o espaço universal em que caibam as múltiplas culturas e vivências, em que seja possível pensar a diferença não a partir da personificação do diferente, querendo expulsá-lo, mas a diferença inerente à humanidade que permite pensar quem somos, de onde viemos. Que permite, enfim, aprender sobre o mundo em que nos inserimos.

O que entendemos a partir do caso de Matheus, no entanto, é que alguns são mais diferentes do que outros. E quantos teóricos já se puseram a pensar sobre os Matheus que, reconhecidos no bairro por suas habilidades, na escola não encontraram ecos que justificassem nela ficar? Não tinha

essa inteligência, diria uma ciência? O racismo da inteligência é uma das maneiras sutis de cravar a diferenciação (NUNES, 2013). Racismo da inteligência, conceito tecido por Bourdieu (2003), seria um racismo eufemizado pela ciência que opera como um dos instrumentos por meio dos quais se justificam as posições que as classes dominantes ocupam, mantendo a legitimidade da transmissão de seu capital cultural. Bourdieu nega a pergunta feita pelos psicólogos sobre se a inteligência é social ou biológica, colocando em questão a pergunta em si. Inteligência é o que os testes de inteligência medem. É um sistema retroalimentado. Quando a escola se “democratiza” e o capitalismo já não parece precisar de uma massa de mão de obra qualificada, mas um número menor de especialistas, o cientificismo e o biologismo retornam com força às justificativas dos fracassos escolares (NUNES, 2013). Olha-se então, as crianças que não demonstrariam as habilidades escolares “adequadas” a partir da predisposição e do risco, buscando sinais precoces que possam indicar inaptações biológicas. Lembremos os efeitos que um olhar negativo sobre a identidade de uma criança pode produzir e das discussões de profecias autorrealizadoras ao olhar estes fenômenos (NUNES, 2013): a avaliação é interventiva. Não é sem efeito. Cria realidades (MACHADO, 2016).

O conceito de excluídos do interior (BOURDIEU; CHAMPAGNE, 2016), em um texto em que a educação inclusiva compõe a pauta, interessa-nos. Bourdieu e Champagne (2016) cunharam o conceito de excluídos do interior apontando a falsa inclusão dos filhos das classes menos abastadas após a “democratização” do ensino na França a partir de 1950. Antes dessa data, havia uma seleção do primário para o secundário, em que se excluía as classes populares. Depois do ensino obrigatório para todos até os 16, Bourdieu denunciava que a seleção ainda se dava através de mecanismos tácitos afuniladores pelos quais as crianças que não eram de classe privilegiada terminavam ficando pelo caminho ou recebiam diplomas que, ao fim, não tinham o mesmo valor daqueles das escolas localizadas no centro de Paris, frequentadas pela população não periférica economicamente.

Pierre Bourdieu poderia ser entendido dentro de uma linha de pensamento das consideradas teorias crítico-reprodutivistas, conforme propõe Saviani (2012), autor muito usado pela equipe do CAPSad que atendia Matheus. Saviani as opõe às teorias não críticas (Pedagogia Tradicional e Escola Nova), que entenderiam a marginalidade de uma parcela da população como um desvio da sociedade, não parte de seu funcionamento. Desvio que seria corrigido pela educação. Estas teorias não críticas não compreendem a escola como parte desta sociedade, não tratam das determinações

sociais em que se insere o fenômeno escolar. Já as teorias crítico-reprodutivistas, em que Saviani insere Bourdieu, não apenas compreendem a dependência da escola em relação à sociedade, como inclusive apontam que sua função seria a de reproduzir as desigualdades sociais, reforçando e mantendo na marginalidade os oprimidos. A escola, fruto do Estado burguês, seria reprodutora da exploração e opressão características da sociedade capitalista.

Entendemos que as conceituações de Bourdieu acerca do funcionamento da escola explicitam o mecanismo da escola tal como se dá na sociedade e, embora este autor não tenha se proposto a desenhar alternativas pedagógicas, como aponta Saviani (2012), sua extensa escrita acerca do assunto e conceitualizações em si já propõem brechas importantes de entendimento sobre os mecanismos aos quais a educação está sujeita nesta sociedade. O que Saviani propõe então é que se construa uma educação emancipatória a partir da compreensão dos determinantes sociais atentos às armadilhas que eventualmente podem aparecer, os mecanismos de adaptação da classe dominante travestidos de classe dominada.

Trazemos aqui o que ele diz sobre armadilhas porque, no caso de Matheus, a equipe do Caps AD que o atendia, e da qual eu fazia parte, realizava debates sobre Saúde Coletiva e atenção aos usuários entendendo suas contradições como equipe guiada por este autor, atentando para a possibilidade de incorrer em uma reiteração do que se queria superar ideologicamente. Entendiam que o fenômeno do uso de drogas pela juventude não poderia ser olhado sem considerar seus determinantes sociais e tinham acúmulo teórico, feito nas reuniões, sobre as discussões pedagógicas proibicionistas ineficazes quanto à discussão sobre o uso de drogas com a juventude, propondo uma educação em saúde a partir da educação emancipatória (Soares, 2007).

Um dos conceitos de Bourdieu mais utilizados é o de dominação cultural, que seria a contrapartida cultural da exploração de uma classe por outra em uma sociedade regida pelo capital (PATTO, 1990). Segundo Patto, a apropriação das ideias de Bourdieu na área escolar muitas vezes considerava o conceito de dominação cultural apenas como a preponderância da cultura burguesa sob a das classes populares, levando a interpretações que reiteravam as teorias de carência e diferença cultural (PATTO, 1990). Assim, ela aponta uma armadilha em que a área escolar teria caído na época: tentando superar o pensamento de que há apenas uma cultura válida, que seria a burguesa, deslizou-se para a proposta e compreensão de que as crianças de classes populares teriam uma cultura outra que não é a demandada na escola e, por isso, teriam dificuldade em apreender o que se pede, pois estariam aquém das habilidades exigidas.

Pelo contrário, a partir da ideia de racismo intelectual, do que aprendemos com Maria Helena Souza Patto (1990) e veremos com Matheus, é justamente a desvalorização social da população atendida e o preconceito estruturante das práticas e processos educacionais que afetam desde as decisões nacionais, em termos de políticas de educação, até a prática diária da professora. Matheus tinha habilidades que impressionavam quem o conhecia. Habilidades que de alguma maneira não repercutiram em sua trajetória na escola, mas que foram aproveitadas no comércio varejista de drogas ilícitas no bairro¹⁴.

2.1 Nenhum Matheus – criminalizações e silenciamentos

Vale como apoio para a discussão referenciar brevemente uma grande pesquisa em outro território, no Rio de Janeiro, do Observatório de Favelas¹⁵ publicada em 2009, que cuidadosamente expõe a amplitude da relação entre evasão escolar e tráfico de drogas: 7% era a proporção dos que ainda iam à escola dentre crianças, adolescentes e jovens entrevistados que tinham ingressado no tráfico de drogas. Os 230 entrevistados tinham entre 11 e 24 anos, sendo que a maioria (85,7%) se concentrava na faixa etária entre 15 e 19 anos, a faixa etária de Matheus. Assim como ele, quase a metade (46%) dos entrevistados havia desistido da escola entre os 11 e os 14 anos, época que coincide com a idade em que mais de 60% entrou para o tráfico (entre os 12 e 15 anos). Do total de entrevistados, 97,4% eram do sexo masculino, 63% eram pardos e negros, 59,2% provinham de grupos familiares com rendas inferiores a 3 salários mínimos, 19,2% alegavam renda familiar inferior a um salário mínimo. Se, por um lado, apenas 7% estavam na escola, apenas 3 dos 230 apontaram, em um questionário fechado, a “dificuldade de estudar” como principal motivação para entrar no tráfico varejista. A dificuldade econômica – “para ganhar muito dinheiro” – (33%), associada às dificuldades financeiras da família – “para ajudar a família” (23%) e a falta de acesso ao mercado de trabalho – “dificuldade em conseguir qualquer outro emprego” (9,1%) eram as

¹⁴ Segundo Rodriguez, Fernandez e Souza e Silva (2011), falar genericamente “tráfico de drogas” tende a limitar o fenômeno, associando-o principalmente a uma referência de criminosos armados nas favelas. Segundo Souza (1996 apud Rodriguez; Fernandez; Souza e Silva, 2011), a rede do tráfico se divide basicamente em dois subsistemas: o primeiro de escala internacional (subsistema importação-exportação-atacado) e o subsistema varejo que opera em escala local e tem os pontos de venda enquanto base da organização das redes de comercialização.

¹⁵ O Observatório de Favelas é, segundo o site oficial, uma Organização da Sociedade Civil (Oscip) com sede na Maré, na cidade do Rio de Janeiro, fundada por profissionais e pesquisadores oriundos dos espaços populares com a missão de produzir conhecimentos e práticas que contribuam para políticas públicas comprometidas com a superação das desigualdades sociais. Tiveram acesso aos entrevistados a partir do que chamaram de articuladores locais em diferentes comunidades do Rio de Janeiro.

principais motivações elencadas, selecionadas a partir do questionário, um dos métodos de coleta de dados da pesquisa.

Em uma semana trabalhando no comércio de drogas varejista local, Matheus dizia às técnicas do CAPS que ganhava um valor que, elas calculavam mentalmente ao ouvir o número, era equivalente a um salário mensal delas. Provavelmente a mesma relação numérica se dava com os professores da escola de Matheus. Estudar para crescer e subir na vida, diria o discurso neoliberal. Então estudar não teria sentido.

Não se pode falar da marginalização e exclusão de uma população na escola como reflexo da sociedade na qual a escola se insere sem considerar a própria sociedade. Tampouco entendemos, no entanto, que o ingresso no tráfico de drogas varejista possa ser compreendido apenas pela estrutura de uma sociedade perversa. Há uma complexidade de elementos em jogo que envolve o campo subjetivo no qual se inclui a busca por prestígio, visibilidade social e poder (OBSERVATÓRIO DE IMPRENSA, 2009):

O tráfico de drogas tem se apresentado como uma rede social que oferece a afirmação de uma identidade e o fortalecimento de vínculos grupais (Amâncio, 2002) e a possibilidade de consumo que burla uma invisibilidade social [...]. Para jovens estigmatizados, identificados como ninguém pela maior parte da sociedade, o tráfico se apresenta como algo para além do crime: ele representa uma rede social que acolhe, atende a expectativas no plano imediato e preenche vazios. A rede do tráfico muitas vezes se sobrepõe às redes familiares e de amizade [...]. Por oferecer visibilidade social e prestígio – ainda que limitados ao microcosmos da favela-, o tráfico também opera na produção de uma autoestima, [...] extrapola as questões ligadas apenas à dimensão financeira, muito embora esta, no fim das contas, também seja um reflexo das necessidades de visibilidade e prestígio social dadas pela aquisição de bens materiais. (RODRIGUEZ; FERNANDEZ; SOUZA E SILVA, 2011, p. 346).

São os jovens no mercado varejista das drogas ilícitas que correm o maior risco de serem presos. Algumas das hipóteses estariam relacionadas à ausência de *status* dentro do tráfico, inexistência de moeda de troca com a polícia e o desempenho de funções que os expõem mais (BOITEUX et al., 2009). Também esta população se insere na parcela que sofre mais homicídios no Brasil – jovens homens entre 15 e 24 anos (OBSERVATÓRIO DE FAVELAS, 2009).

A quantidade de presos por tráfico de drogas e de assassinatos, no entanto, não ilustra a população que participa do tráfico em seus subsistemas e sistemas, e sim quem tem a vida criminalizada pela política do proibicionismo; quem é o inimigo do outro lado do campo quando se declara guerra às drogas (BOITEUX et al., 2009). Por esta razão, ainda não foram e dificilmente

serão apresentados os responsáveis no caso do helicóptero pertencente aos Perrella encontrado com 1/2 kg de cocaína em 2013, pilotado por um funcionário da Assembleia Legislativa de Minas lotado no gabinete do ex-deputado Gustavo Perrella¹⁶. No outro lado desta ilustração temos Rafael Braga, catador de latinhas, negro e em situação de rua, que foi preso portando Pinho Sol nos protestos de 2013, condenado a 5 anos de prisão. O ano de 2013, por sinal, rendeu outros criminalizados, como os 23 jovens¹⁷ que protestavam contra a realização da Copa do Mundo, denunciando os desvios e os superfaturamentos nas obras do evento. Criminalizar é silenciar.

Em seu mestrado, em 2014, Marielle Franco demonstra como as Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs)¹⁸ no Rio de Janeiro seguiam o mesmo modelo de Estado Penal anterior, não o superam. Estado Penal é um conceito descrito por Wacquant (FRANCO, 2014) a partir da ascensão do modelo neoliberal que constituiria o enfraquecimento do modelo de Estado de Bem-Estar por meio da diminuição do Estado no âmbito dos direitos sociais concomitante a um aumento da presença deste no âmbito das penalidades, reafirmando estruturas sociomorais e criminalizando a miséria (FRANCO, 2014; RODRIGUES, 2008).

O proibicionismo das drogas desempenha papel importante na criminalização da miséria e das minorias. Até o século XIX, a proibição de algumas drogas em detrimento de outras foi tarefa implementada raras vezes, normalmente apoiada em uma visão religiosa de moral cristã em direção a uma substância que fosse tipicamente usada por religiões consideradas “pagãs”. A proibição à droga tinha um pano de fundo que não seus efeitos sobre o corpo humano. Assim se deu com os unguentos de ervas, atribuídos às bruxas na Idade Média. Assim quase se deu com o “mate do Paraguai”, que de início foi declarado como coisa demoníaca pelos colonizadores, mas deixou de ser proibido quando a Companhia de Jesus percebeu a possibilidade de exploração do produto, espalhando-o pela Europa para competir com o café, o chá do Oriente e o cacau do México. Moralismo e valor de troca atravessam a história do uso das drogas a partir do período das Grandes Navegações.

Com a Revolução Industrial, o uso das drogas começa a perder seu significado ritualístico nas metrópoles que vão se formando e os interesses passam a se voltar a drogas estimulantes, que

¹⁶ A esse respeito ver reportagem de Alice Maciel, Tráfico, política e futebol. *A Pública*, 27 de março de 2018. Disponível em: <https://apublica.org/2018/03/trafico-politica-e-futebol/>. Acesso em: 5 jul. 18.

¹⁷ <https://congressoemfoco.uol.com.br/justica/justica-ordena-prisao-de-23-ativistas-por-protestos-contra-a-copa-em-2013/>

¹⁸ UPPs: Política de segurança pública adotada pelo Estado do Rio de Janeiro desde 2008

tirem a dor, que ajudem com a insônia, que enfim, permitam acompanhar o novo ritmo de pressa que passava a ditar os caminhares do dia (ESCOHOTADO, 1996). Em 1900, todas as drogas descobertas ou criadas – codeína, morfina, heroína, cocaína, cafeína, noz de cola – eram encontradas em qualquer farmácia, com livre acesso em todo o mundo. Havia alguns adictos, assim como usuários moderados e não tão moderados, mas não era assunto da justiça, da polícia, da ética social ou sequer um assunto político.

No entanto, já nesta época, ecoavam vozes que entendiam a liberdade de consumo como crime e o uso de determinadas substâncias como doença ou sinal de imoralidade, principalmente nos Estados Unidos. Este crescente estrépito se devia aos olhares desconfiados voltados às massas crescentes de imigrantes que chegavam ao país no início daquele século e à ampliação do lugar do terapêutico onde antes acostava-se o eclesiástico (ESCOHOTADO, 1996; RODRIGUES, 2008; SOUZA, 2013). Assim, com base no sentimento xenófobo indutor de uma ideia que separa artificialmente os países produtores e consumidores nos subsistemas do comércio, atribuía-se a origem das drogas à população externa e o papel de vítima ao país consumidor: o álcool foi associado à imoralidade e aos irlandeses, a cocaína à violência sexual e à população negra, a maconha aos mexicanos etc. Inicia-se então o maior movimento proibicionista visto até então, que posteriormente irá se disseminar pelo mundo, em que o governo se considerava legitimado a proibir a produção, o uso e consumo de determinadas substâncias usadas pela população.

Sabe-se pela história da Lei Seca nos Estados Unidos que o modelo proibicionista não só não diminuiu o uso das substâncias como possibilitou o crescimento de um mercado ilegal, submetendo os usuários a insegurança quanto a origem, trato e obtenção do produto, o que, como efeito do próprio combate, aumentou o número de mortes relacionadas ao uso de drogas. Mesmo sem registros que provem algum sucesso deste modelo, ele segue sendo empregado em muitos países (ESCOHOTADO, 1996; RODRIGUES, 2008), inclusive no Brasil. Apesar do “fracasso” de sua intenção declarada, este modelo tem marcado êxito em termos de controle social e criminalização de parcelas da população. A expressão “guerra às drogas” ao mesmo tempo que subjetiva as drogas, tal qual uma praga que por si é responsável pelo aumento da insegurança na sociedade, reifica e oculta a população-alvo das ações desta guerra.

No Rio de Janeiro, o que antes era o jogo do bicho que justificava ações policiais violentas nas favelas foi substituído aos poucos e, principalmente a partir dos anos 1980, pelo tráfico de drogas varejista. O Rio era ponto estratégico no caminho entre Colômbia, Peru e Bolívia em

direção à Europa, passando a consolidar um mercado de consumo próprio a partir desta época (OBSERVATÓRIO DE FAVELAS, 2009). O município onde mora Matheus, cidade-dormitório da capital do Estado de São Paulo, também está na rota de drogas consolidada rumo ao Porto de Santos, sendo atravessado por uma estrada que lá deságua. Este município tinha mais de um movimento civil que militava para que principalmente as vidas negras importassem, denunciando o genocídio de uma parcela da população no Estado democrático. Estes movimentos eram fortes e de mais de uma corrente. Faziam saraus, misturavam arte, política e militância. A maioria dos trabalhadores do Caps AD só tinha notícias das discussões que lá aconteciam através dos usuários, que repassavam conteúdos ou acontecimentos de lá para as discussões e atendimentos na unidade. Movimentos sobre os quais não teremos propriedade aqui para falar com o cuidado, a delicadeza e a força compatível com eles. Movimentos necessários nas cidades-dormitórios-passagens.

Por ora, iremos nos aliar aqui a Foucault para pensar as ações do Estado, ações que denotam que seja parcela de sua própria população o inimigo de uma guerra continuada por outro meio, a política. Afirma ele em “Em Defesa da Sociedade” que a “função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo” (1999, p. 306). Segundo entendemos a partir dele, no fim do século XVII e decorrer do século XVIII vemos aparecer, penetrar um novo modo de poder no que antes era uma sociedade em que o poder do soberano podia “deixar viver e fazer morrer”: aparecem os poderes disciplinares sobre o corpo do homem, sobre os corpos pensados individualmente.

Há então um esvanecimento do poder soberano, que passa a não dar mais conta de reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via de industrialização e crescimento demográfico. Ao poder soberano escapava coisas no nível do detalhe e da massa. Para dar conta do detalhe, uma primeira acomodação surge, a disciplina, que acomoda os mecanismos de poder sobre o corpo. Mecanismos resguardados em ciências sobre o corpo, agora individual, que dá conta de explicar o desvio de uma maneira a tentar reformá-lo, o delinquente e o louco como desviantes da norma. Não mais se julgará apenas o crime, mas o criminoso. Pedir-se-á relatórios psicológicos, psiquiátricos que examinarão também a vida do criminoso, buscando saber quanto de monstruoso e anormal há nele, para definir a intensidade da pena.

A formação de uma sociedade disciplinar está ligada a amplos processos históricos, econômicos, científicos, políticos, jurídicos etc. No âmbito dos mecanismos, ao judiciário (que não mais pune o corpo em espetaculares suplícios, mas a alma daquele que rompe o contrato social

entre os homens), aliam-se as novas ciências – psicologia, psiquiatria, ciências humanas – e emerge um poder inverso ao anterior: o de fazer viver e deixar morrer. As disciplinas são técnicas que tentam dar conta da multiplicidade humana respondendo aos critérios de tornar o exercício do poder menos custoso e fazer crescer “ao mesmo tempo a docilidade e a utilidade de todos os elementos do sistema” (FOUCAULT, 2014, p. 211), de todos os corpos desta sociedade, seja através de aparelhos pedagógicos, militares, industriais, médicos.

A disciplina então se voltava para o detalhe. Para dar conta do que escapava ao soberano no outro nível, o da massa, surge durante a segunda metade do século XVIII uma nova tecnologia de poder, não disciplinar, mas que tanto não nega a técnica disciplinar quanto a integra. Essa nova técnica de poder se aplicaria sobre o homem como ser vivo, como *população*: a biopolítica. A medicina incidiria tanto na série corpo individual quanto na população, tendo tanto efeitos disciplinares quanto efeitos reguladores. O elemento que circula tanto entre o poder disciplinar, aplicando-se ao corpo, quanto no poder regulamentador, que incide sobre a população, é a norma. A sociedade da normalização seria então a que cruza o poder disciplinar e o poder regulamentador. O poder então toma posse da vida no século XIX. Da vida corpo e da vida população: é o biopoder.

É através do biopoder que o racismo – desenvolvido com o genocídio colonizador, antes existente em outros mecanismos, como a guerra – insere-se nos mecanismos do Estado, afirmava Foucault em 1976 (1999). O racismo é o que assegura o poder de morte, de deixar morrer na economia do biopoder, uma vez que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa que participa desta sociedade. As teses de Morel de 1857 sobre degeneração criaram uma justificativa biológica para que os pertencentes às classes sociais baixas fossem considerados inferiores como indivíduos, biologizando uma diferença historicamente constituída através de exploração e genocídio. A partir dos conhecimentos novos sobre hereditariedade e genética, foi se constituindo o que se considerou ciência até o fim da Segunda Guerra Mundial: a eugenia (VERZOLLA, 2017).

O fundo moral de orientação católica nas teses de Morel inclui a herança moral de comportamento, dividindo o mundo entre virtuosos e viciados, presente até hoje em algumas práticas disciplinares. O conceito de periculosidade aliará a psiquiatria e o direito em um funcionamento no qual o direito pediria para saber não apenas se o criminoso é imputável, mas se é curável, reformável. A psiquiatria vem, através do conceito de delinquente, mostrar se aquele que comete o crime já tinha algo de criminoso em si. O proibicionismo é apenas uma das

estratégias de assédio e aprisionamento das “classes perigosas”, sendo recurso importante de disciplina e contenção. O “fracasso” do proibicionismo é o sucesso de uma guerra renovada contra os pobres, os imigrantes, os negros, dentre outros grupos “ameaçadores” (RODRIGUES, 2008).

2.2 Cem mil Matheus – psiquiatrização

O encaminhamento de Matheus ao CAPS foi feito via ofício pela técnica da medida socioeducativa assim que ele saiu da Fundação Casa, justificado pelo uso de medicação para ansiedade dentro da Fundação e o relato de uso de maconha antes da internação. Era a primeira vez que aquela equipe do CAPS recebia um encaminhamento da justiça prescrevendo o cuidado como um item dentro da punição de um ato infracional, inclusive cobrando-os dar relatórios atestando o comparecimento de Matheus. Os profissionais do CAPS resolveram apostar então que aquele espaço fosse de fortalecimento na vida de Matheus, deslizando a demanda primeira e recusando os avisos de comparecimento... Para aqueles trabalhadores, não havia possibilidade de construção de um vínculo a partir de um olhar vigilante. Este entendimento foi levado a Matheus, que passou a contar com a equipe para discutir planos de vida, “enrascadas” em que se colocava e passeios pelo município.

A medicação que ele tomava foi suspensa quando chegou ao CAPS. Nunca teve as “crises de nervosismo” após a retirada do remédio. Teve um momento em que sentiu ter saído fora de si quando um professor o acusou de algo que ele não teria feito. Falava sobre a revolta que sentia com as injustiças que ocorriam a ele e seus próximos. A equipe discutia com ele tanto as incoerências do sistema como a responsabilização sobre os agires.

O que alguém poderia chamar de crise tinha o nome de revolta para Matheus. Psiquiatrizar a demanda dos jovens, principalmente os autores de ato infracional e encobrir processos sociais que discriminam a pobreza têm sido um recurso cada vez mais usado neste país (VICENTIN, ASSIS, JOIA, 2015; VICENTIN, GRAMKOW, 2016). Psiquiatrização é um conceito utilizado por Foucault (2006) que descreve o processo em que a psiquiatria passa a circunscrever discursos e ações fora do campo da gestão da vida do que entende como doente mental, mas passa a prescrever condutas em outros campos, como educação, trabalho e justiça. Para este autor, a psiquiatria não se constituiu enquanto saber e depois se debruçou à infância; pelo contrário, é o

olhar à infância que a constitui como saber e poder generalizado (NAVARRO, 2010; FOUCAULT, 2002). Para que fosse ainda reconhecida como área da medicina, a psiquiatria faria duas inflexões: designaria a loucura para o âmbito da doença e, também, da periculosidade (seguindo no campo da higiene pública, onde teria reconhecimento anterior). Então a aliança entre judiciário, psiquiatria e infância não é nova. Há, no entanto, especificidades locais e históricas que temos que considerar, circundantes (e explicitadas a partir) do caso de Matheus.

A partir do fim da primeira década de 2000, passa a se tornar cada vez mais comum que jovens cumprindo medida socioeducativa sejam encaminhados diretamente a serviços de saúde mental, sendo crescente o número de encaminhamentos para internação compulsória com diagnósticos de transtorno de conduta e transtorno opositor desafiador, que cada vez mais têm sido substituídos pelos do uso de drogas (VICENTIN, ASSIS, JOIA; 2015). Embora na contramão do salvaguardo da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, do ECA e da Lei da Reforma Psiquiátrica, tratamentos compulsórios se intensificaram utilizando-se do direito à saúde. Novas formas de psiquiatria se desenham mesmo com uma arquitetura montada para que o cuidado em saúde esteja sob a égide dos direitos humanos e não da defesa de uma sociedade do que se fez periculosidade. O declínio do modelo asilar veio acompanhado da emergência da “discursividade sobre os riscos e seus desdobramentos securitários (FOUCAULT, 2001;2006), atualizando os paradigmas higienistas que já vigiam anteriormente ou abrindo novos modos “de governo de vida” de crianças e adolescentes.”(VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019, p.172). Estas diferentes lógicas de cuidado coexistem no campo da Saúde Mental infantojuvenil (VICENTIN; BLIKSTEIN 2019).

A lei nº 11343/06, apesar de ter flexibilizado o entendimento das penas para os usuários de drogas, ficou mais rígida para os que participam do tráfico. A lei ainda não especifica a quantidade necessária para se considerar tráfico, o que deixa a cargo dos policiais o entendimento se o flagrante é de uso ou tráfico (KARAM, 2008). Em uma sociedade de classes desigual, em um país que recomeça a aumentar a amplitude de desigualdade, é de se supor quem é considerado traficante e quem é considerado consumidor.

Podemos ver pistas desse movimento no conjunto das recomendações dadas pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil entre os anos de 2004 a 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e em como esse tema começa a aparecer. É notável como a partir do ano de 2009, os assuntos *álcool e drogas, institucionalização de jovens e patologização de demandas sociais* tomam corpo. Um registro de indignação finalizando o relatório de março de 2009 impossibilita

que futuros escafandristas deixem de entender o que começou a se passar com mais força à época, momento em que o país começava as organizações para eventos esportivos internacionais:

Registra:

- sua indignação e repulsa diante das práticas abusivas e violadoras dos direitos das crianças e adolescentes, como internação involuntária em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, extrapolação do tempo de 45 dias de internação provisória ou de três anos no caso de internação em unidades socioeducativas, instauração de incidentes de sanidade mental e aplicação de medidas de segurança;

E reafirma:

-A sua posição contrária à redução da maioria penal. (p25)

Ainda que encaminhado ao CAPS do território, sem ter a liberdade restringida, consideramos tratamento compulsório aquele prescrito e supervisionado pela justiça. No município da história de Matheus, ele foi o primeiro de uma sequência de jovens com o mesmo tipo de encaminhamento, até que a equipe do Caps AD conseguisse se aproximar mais dos profissionais do judiciário. O Caps álcool e drogas do caso em questão, um equipamento de saúde mental do SUS, resultante das lutas da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, embora não entendesse que Matheus tivesse qualquer necessidade de tratamento em relação ao uso abusivo de drogas, aceitou parcialmente o encaminhamento dado pela justiça. Havia um entendimento de que se não fosse ali, poderia ser eventualmente encaminhado à internação, como alguns casos que ecoavam nos municípios vizinhos. O cuidado era para não tentar apreender Matheus a partir de um discurso único.

2.3. Criando dois Matheus

Em pouco tempo, Matheus começou a trazer à equipe do CAPS seus conflitos com professores da escola. Passou a faltar nas aulas. Dizia-se perseguido ao mesmo tempo que admitia “algumas causadas”, mas não todas das quais era acusado. Insistia que não o queriam. Matheus e coordenação da escola pediram que a equipe do CAPS fosse até lá. As técnicas iríamos à reunião

de HTPC¹⁹. Acreditávamos que contando do processo de Matheus no CAPS, sensibilizaríamos e contagiariamos alguns professores sobre outras possibilidades de Matheus.

Na reunião, os professores iniciaram a fala sobre ele. Não houve um ponto que fosse positivo. Diziam que Matheus saía da sala e voltava agressivo com os professores, que essa agressividade “devia ser de tanta maconha que usa”, que ficava falando demais com as meninas da sala atrapalhando-as, que a sala era muito mais calma sem ele, que ele não fazia as atividades de sala e “peitava” os professores quando estes o cobravam, que falava demais com os colegas, etc. A fala de um dos professores pareceu exprimir ali o que era o pensamento de uma maioria que balançava a cabeça concordante: um menino assim não tem como estar no colégio, “se fosse escola particular, teria sido expulso”.

Quando começamos a falar como era Matheus no CAPS, as reações vieram de lados diferentes, mas com o mesmo tom: “são duas pessoas diferentes”, “esse cara bonzinho não é o Matheus”, “ele está enganando vocês”, “são dois Matheus”.

Uma professora volta a falar dele então, mas dessa vez usando o plural: “estes meninos que usam drogas” fazem isso, aquilo e aquilo outro. Outros a seguem no uso do plural. Perguntei então se esse plural era por haver outros meninos como Matheus que faziam uso de drogas e questionei como se dava a relação com estes. Uma professora responde em voz alta: “Graças a deus eles faltam”. Todos os professores na sala soltam gargalhadas no mesmo instante. A reunião terminou comigo e minha colega do CapsAd valorizando que Matheus ainda ia à escola e colocando-se disponíveis para continuar a conversa. A coordenadora pediu que voltassem para falar sobre drogas.

A enunciação das trabalhadoras do CAPS feita no início da reunião, de que queriam *trocar*, não era totalmente verdadeira. Na intenção de contagiar, pressupunham um melhor entendimento do que se passava com Matheus. Ao pressupor este melhor entendimento, também supunham uma imoralidade, falta de vontade ou falta de capacidade por parte da equipe da escola. Caíram na armadilha que citamos mais cedo neste texto.

Uma primeira visão desta história poderia dar a pensar que os professores eram insensíveis ou algo similar. Uma leitura um pouco mais cuidadosa talvez nos mostre outras coisas: por

¹⁹ HTPC: Hora de Trabalho pedagógico coletivo – horário previsto na carga horária dos profissionais do ensino municipal e estadual para reunião de professores e coordenadores.

exemplo, que esta escola não tinha sido ouvida antes, quando tentou não matricular Matheus. Foi ameaçada de processo judicial, ao invés de diálogo. A relação daquele corpo docente com o corpo de Matheus já tinha uma história de desgastes, dos quais havia sinais. Na reunião, os professores falaram às profissionais do CAPS sobre as dificuldades que tinham na lida diária com Matheus. A respostas que elas deram, contando dos sucessos na convivência com Matheus, contando dessa outra versão de Matheus que elas acessaram e eles não, pode ter soado mais como uma mensagem de que eles fracassavam do que um testemunho de que outro Matheus era possível: não fez som de uma oferta de ajuda. Se foram desenhados dois Matheus, as técnicas do CAPS tiveram parte nisto. Assim como também tiveram parte na possibilidade de que a fala “*Graças a deus eles faltam*” surgisse. Se a ideia passada é a de que os professores fracassavam na convivência com estes garotos, então “*ainda bem que não vêm*”.

Esta equipe do CAPSad é aquela que discutia educação emancipatória e, ao fazê-lo, diferenciava-se em discurso do que entendiam ser o funcionamento mais comum nas escolas do território. Atendendo cada vez mais crianças e adolescentes em uso ou abuso de substâncias psicoativas que não queriam mais habitar a sala de aula, alguns de seus membros tinham vontade de ir às escolas para falar sobre redução de danos emancipatória, sobre determinantes sociais, sobre democratização da discussão dos processos institucionais. A história da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e o trabalho diário no CAPS muito os tinha ensinado sobre a importância destes conceitos e práticas. Mas queriam ensiná-los na esperança de quê? De *prevenir*. Prevenir que se repetisse a história da construção de espaços de exclusão aparentemente permanente para os Matheus espertos e potentes que encontram esquinas que os valorize mais no bairro. Queriam então contagiar, sim, mas com a versão delas, a que consideravam “verdadeira” e entendiam como solução.

Mais tarde se deram conta de que repetiam elas a história, e que esse modo de pensar era a invenção de uma roda muito velha: a saúde querer (in)formar os profissionais da educação para melhor trabalharem; a saúde entrando na escola considerando que a partir daí surgiriam melhores práticas. Aprendemos com Costa (1980) como as práticas guiadas pela prevenção na saúde mental, a partir das experiências da Liga Brasileira de Higiene Mental, podem ser perigosas. Também eles propunham entrar nas escolas e, a partir das soluções da psiquiatria vigente, tentar melhorar a situação das escolas e “o futuro da nação”. Àquela época, era o discurso da eugenia que se colocava como ciência hegemônica e generalizava soluções para a população.

Claro que não há dúvidas sobre os avanços de todos esses anos, todas as lutas entre um fato e outro. A Saúde Coletiva, ao compreender o processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais, propõe um entendimento mais amplo do que é saúde, deixa de culpabilizar os indivíduos de maneira biológica e os pensa a partir do interrelacional de maneira não alienada. Saúde não definida mais como ausência de doença, mas como bem estar biopsicossocial abriu para que a luta pela saúde de uma população também fosse a luta por democracia, como afirmava Sérgio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Mas é preciso estar atento às armadilhas, para seguirmos as lutas que hoje capengam, em momento de golpe e supressão de direitos. De certa maneira, uma maneira bem delicada, o caso aqui ilustra a renovação dos mecanismos da medicalização nas melhores das intenções: 1) expandir o entendimento e as soluções cunhadas a partir da saúde para outras áreas da vida (MOYSÉS, COLLARES; 2013) e, 2) em vez da discussão ética entre pares que busque, por meio da corresponsabilização, estratégias de encontro com Matheus e a escola, referenciar uma proposta externa, um manual, um “como fazer” com ele (CONRAD, 1975).

Que a saúde mental consiga atuar na intersetorialidade diminuindo os processos de medicalização, sofrimento e exclusão exigirá que não seja ela a que vai intervir nas outras áreas. Será necessário entender que também sofrerá intervenções. Há uma discussão interessante vinda do campo da educação inclusiva que contribuiu para que o entendimento aqui chegasse a este ponto. É a ideia de que para uma educação verdadeiramente inclusiva, não se pode desconsiderar as potencialidades e contribuições de cada trabalhador àquela escola, não se pode gerir uma unidade entendendo que se algum trabalhador sáísse (SEKKEL; ZANELATO; BRANDÃO, 2018), as coisas seriam melhores. Não há como produzir um ambiente “inclusivo” sem ouvir as dificuldades dos trabalhadores, os entroncamentos pelos quais passam, ou ir ao encontro deles com a ideia de que se eles fossem diferentes do que são, as coisas melhorariam. Também a saúde mental na luta por um mundo sem manicômios físicos ou abstratos, que não silencie existências, não pode sair de seus Centros de Atenção Psicossocial esperando que as coisas fossem diferentes. As coisas diferentes como são é que são objeto das práticas de saúde mental.

3 – MOVIMENTOS DO ENTRE-SAÚDE-E-EDUCAÇÃO: EXPERIÊNCIAS QUE SE SOBREPÕEM

Eles se iludem porque a verdade é que, no fim das contas, meu caro, não conseguem impor mais do que palavras. Palavras, entende? Palavras que cada um assimila e repete a seu modo. Ah, mas também é assim que se formam as opiniões gerais! E aí daquele que um dia foi carimbado por uma dessas palavras que todos repetem. Por exemplo, *usurário!* Por exemplo, *louco!* Mas então me responda: como se pode ficar tranquilo sabendo que há alguém que faz de tudo para persuadir os outros de que você é como ela o vê, alguém que se esfalfa para que os outros o estimem segundo o juízo que ele fez de você, impedindo que os outros o vejam e julguem de outro modo? (Luigi Pirandello. *Um, Nenhum e cem mil*, p. 118)

A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui e é constituída a partir da luta para que não se capture a vida por discursos fragmentados que se propõem como totalidade, para que assim todos sejam cidadãos de direitos antes de qualquer carimbo. Para o problema da fragmentação, daquilo que cada setor do Estado não alcançava transformar, começou-se a fortalecer a recomendação, principalmente após a redemocratização, da intersetorialidade como solução (AKERMAN, SÁ, MOYSES, REZENDE, ROCHA; 2014). Na história da Reforma Psiquiátrica, é principalmente quando a infância e juventude aparecem na agenda política, muitos anos depois dos debates sobre a cidadania da loucura (do adulto), que se passa a falar de “intersetorialidade” mais enfaticamente como parte também dessa agenda (COUTO, DUARTE, DELGADO; 2008). Os saberes e o diálogo com outros setores já conformavam o modelo da atenção psicossocial, contribuindo ao questionamento de um modelo apenas biomédico e manicomial. Mas com cada nova conquista, novos problemas se apresentam, e novas estratégias urgiam ser pensadas para a luta antimanicomial, de modo a que o CAPS não fosse centralizador da “cidadanização” da loucura. Não era uma questão de convocar um a um outro setor para partilhar de discursividade sobre quem o Caps atendia, em um exercício somatório da atenção do olhar. Dessa maneira, as pessoas ainda pertenceriam a setores. Lá, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, em 2010, essa discussão se convergia, e a intersetorialidade era solução encontrada para mover políticas a partir de uma população, e não da necessidade construída de cada setor erguido pelas instituições democráticas.

A pergunta deste trabalho acompanha este ponto ético de como os sujeitos podem sair do lugar de marginalização e prescindir do discurso filantrópico, de maneira a que suas múltiplas histórias não sejam feitas *uno*. Tal como o documento da Conferência, este trabalho compartilha da aposta de que o encontro com mais setores que se dedicam a uma mesma população possa ser mais efetivo neste projeto do que se cada setor permanecer em atuação isolada. Aqui, enfocaremos principalmente a relação entre saúde mental e educação, como já explicitado anteriormente. Há que se salientar, no entanto, pelo menos três perigos dos quais tentamos nos afastar, justamente pelas constantes iminências de aproximação.

O primeiro é o de cair na crença de que a união dos discursos de diferentes setores poderia dar conta do sujeito a que se dedicam como um todo, apagando o discurso do sujeito sobre si. Há que se lembrar que, especialmente a infância e a juventude, já têm suas imagens construídas por discursos externos há tempos. O início do livro *Capitães de Areia*, de Jorge Amado, ilustra bem esta história. Para apresentar os protagonistas, o livro começa com uma notícia no jornal da cidade. A manchete: “Crianças Ladronas – as aventuras sinistras dos “capitães da areia” – a cidade infestada por crianças que vivem do furto – urge uma providência do juiz de menores e do chefe de polícia – ontem houve mais um assalto”. Nas páginas seguintes, temos as cartas de diferentes lados da questão suscitada pelas crianças (o secretário de polícia, o doutor juiz de menores, uma mãe costureira, o padre e, por fim, o diretor do reformatório), uma na sequência da outra, respondendo ao que a anterior lhe teria convocado de maneira injusta. Nessas cartas, ficamos sabendo muito mais sobre os lugares sociais daqueles que escreviam as cartas do que sobre os meninos. No entanto, também é possível começar a ver os meninos por entre os contornos dos discursos, por seus vãos.

O segundo perigo é o de acreditar que um conceito – intersetorialidade – possa ser uma solução, confiando que haja um “remédio” que se encerra em si como solução-ponto-final. Um caminho para escaparmos deste segundo perigo foi movimentar a questão para o “como fazer”, aprofundando o que buscávamos saber sobre esta intersetorialidade: “de que maneira construir uma intersetorialidade que garanta mais produção de vida e menos marginalização?”, “como fazer encontros democráticos entre saúde mental e educação sem que a saúde tome o lugar de setor matriz?”. Criamos, assim, um terceiro perigo: responder a essa pergunta com procedimentos “manualísticos”, tal qual o discurso ideológico que traz receitas do fazer sem construir a

historicidade do fazer no mundo (CHAUÍ, 1981). Deste, também tentamos escapar, uma vez que não propomos aqui esgotar as possibilidades do fazer, mas encontrar primeiras brechas.

Educação e saúde guardam históricos de grandes aproximações e distanciamentos, assim como separada ou conjuntamente operaram fragmentações e marginalizações ou produções de vida naqueles a que se destinam ou endereçam. Este capítulo é uma coletânea de reflexões e experiências do entre saúde e educação que foram pesquisadas e de alguma maneira ressoaram tanto como boas inspirações como complicadas repetições sobre as práticas que conduzimos hoje no Caps. Desta maneira, optamos por apresentar cada experiência com alguma(s) cena(s) do Caps sobre o qual nos pusemos a pensar a experiência do encontro com a educação. Cenas estas que compartilham lonjuras e aproximações com as experiências a serem trazidas. Nelas, há história. A pergunta norteadora para aprofundar-se nas experiências anteriores entre saúde mental e educação era: como encontrar-se com a educação, partindo da saúde mental, sem reproduzir sobrecondições? A aposta era a de que as histórias dessas experiências poderiam dar pistas para os caminhar e dar notícias de nossas limitações. O capítulo seguinte a este tratará dos restos, ou molduras, deste: os discursos que subjaziam estas experiências, com enfoque especial nos elementos compositores do conceito intersetorialidade.

3.1 Primeira Escola Especial Para Crianças Anormais

1) Antes de se adaptar, precisa ser adaptável

Atendo um telefonema: uma pessoa da equipe do Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD) pede que voltemos a atender uma menina que foi encaminhada para lá pelo Caps. Eu era recém-chegada ao Caps Infantil, não conhecia esta história. Pego o prontuário e vejo em letras garrafais a hipótese diagnóstica “DEFICIÊNCIA INTELECTUAL” seguido da observação “NÃO É CASO DE CAPS”. No prontuário, a história de Silene trazia uma menina de doze anos que brigava com muitas pessoas em sua escola, gostava de música, não gostava de médico, não acompanhava a sala quanto aos conteúdos escolares, não gostava de ser tratada como especial, não gostava de ter materiais adaptados para si na escola, teve dificuldade com perguntas abstratas feitas por quem a atendeu e escreveu no prontuário. Fugia de casa e a família ficava horas sem saber por onde ela andava. Conseguia voltar para casa. Nos atendimentos escritos no prontuário, dizia-se que ela precisava aprender a estar na escola e aceitar atividades adaptadas, a fazer as “atividades de vida diária”, como banho, escovação de dente, e agora lidar com a menstruação. Foi encaminhada para a APD, que fazia atendimento domiciliar focado nas atividades de vida diária. Ao telefone, a APD dizia que Silene não deixava que eles entrassem em

casa e impedia fisicamente sua avó de abrir a porta para eles. A enfermeira me explicava que tinha “questões socioemocionais” a serem trabalhadas antes das de vida diária, e que o Caps deveria voltar a atendê-la, para depois encaminhar à APD. Eu ali, que achava ter aprendido não haver essa separação na política de saúde, entendendo que era para estar tudo junto, tinha que responder de maneira a não perder a parceria com a APD, não passar por cima da conduta da equipe que recém me recepcionava, mas ajudar a mover aquele buraco no entre saúde mental e reabilitação que o caso de Sirlene se encontrava.

2) Um Caps a mercê de quem o dirige

Eu estava há mais de dois anos no Caps ij. Uma nova trabalhadora, que nunca tinha trabalhado com crianças e adolescentes ou saúde mental, foi transferida contra sua vontade. A nova gestora já estava há alguns meses lá e a recepcionou. Nas boas-vindas, a gestora dizia o que sempre repetia em alto e bom som nas reuniões sempre que via oportunidade: que ninguém na prefeitura desejava aquele Caps nem para seu maior inimigo quando ela chegou, mas que ela notou que a equipe tinha “muito potencial”, e convidava a nova trabalhadora a mudar aquele Caps junto com ela. A palavra “potencial” parecia carregar em si o que não era cinético, o que não era posto em prática. Nunca essa palavra parecera tão violenta. Trabalhadoras mais antigas tentaram permanecer por um tempo no Caps, mas havia um clima de difícil conciliação. As pessoas há mais tempo no território diziam não ter entendido aquela indicação, contavam histórias de momentos difíceis com nossa gestora, desejavam-nos “força”. Aos poucos, as trabalhadoras mais antigas conseguiram transferências para outras unidades de trabalho. O Caps estaria pronto para ser renovado. A gestora vinha criticando diretamente algumas trabalhadoras remanescentes. Chegou a dizer que era “absurdo” elas terem “encucado na cabeça da equipe” que as intervenções feitas no Caps “teriam que ter sentido”. Parecia que no pêndulo da importante crítica de que nem todo fenômeno da vida precisa ser atravessado pelo discurso terapêutico, voou-se para outro extremo. Como mover sem desprezar construções que podem ser aliadas? Defendia que apenas o estar “em comunidade dentro do Caps” já era bom em si. A nova trabalhadora transferida contra a sua vontade e bem recepcionada do início começou, muitos meses depois, alguns grupos. Apoiada pela gestora, sua proposta era ensinar atividades práticas que ela sabia fazer. Adolescentes que já faziam essas atividades em outras partes da rede passaram a fazê-las lá. Ela repetia que era bom “pra eles” ficarem lá fazendo essas “coisas”, que eram muito relaxantes e ajudariam para “outras coisas”.

3) A construção de um espaço baseado no coletivo exige se colocar em questão

Nove horas da manhã, segundo atendimento em grupo daquele dia. Neste grupo, estavam juntas crianças e pré-adolescentes atendidos há mais de oito anos no CAPS, a maioria com hipótese diagnóstica de Transtorno do Espectro Autista. Todas estas crianças e pré-adolescentes eram trazidas por suas mães, que já tinham visto algumas mudanças no grupo de trabalhadores do CAPS e passado por diferentes modalidades de atendimento na instituição. Havia dias em que conseguíamos novas situações, novas palavras, até novos ótimos problemas. Por exemplo, Antônio que recorrentemente deixava os outros pegarem seus brinquedos e seguia o grupo no que fosse, começava a aprender a se colocar... E passou a se divertir com o incômodo que gerava nos

outros ao pegar os brinquedos deles! Outro exemplo: Kaique que recorrentemente desenhava quando entrava na sala e quase-que-só desenhava, repetia uma situação com sua mãe na rua que a incomodava muito. Kaique não gostava de falar sobre isso. Um dia, inventamos um rap sobre essa situação, fazendo coreografias com os brinquedos, refazendo a situação com eles, mudando os finais da história!! Ele finalmente aceitava falar sobre isso, mudar onde os “nãos” e os “sim’s” ficavam! E Kaique então passou muitas semanas só querendo cantar esse rap. Movimentos. Estanques. Movimentos-estanques. Havia também o que fosse só estanque. Noemi ficava semanas sem ir ao CAPS. Era de outro município e sua mãe não queria passar a ser atendida em sua cidade, embora tivéssemos feito diferentes tentativas de atendimento por lá (acionando a UBS de lá, o CAPS de lá, conversando)... E sempre que chegavam, ou a mãe telefonava, eram as mesmas histórias, as mesmas queixas. Mas mal víamos Noemi para a acessarmos. Mas a questão não era vê-la, a repetição estava ali, neste laço feito, e não conseguíamos mais movimentá-lo do mesmo lugar. As técnicas deste grupo entendíamos uma repetição como parte de processo terapêutico. Mas as repetições que apareciam ali vinham provocando questionar o grupo. Mesmo as superações pareciam contidas em uma repetição que não eram as processuais. Massinha, brinquedos, letras, brincadeiras eram os instrumentos de trabalho e compúnhamos constantemente os saberes umas das outras para pensar novos meios de trabalhar o grupo. Mesmo com constante realinhamento sobre o objetivo daquele atendimento, por vezes ele parecia sem sentido. Era necessário pensar outras saídas. Pensar saídas. Os outros CAPS ij nos questionavam: passarão a vida inteira no CAPS? Se a vida lá fora não pode lidar com eles, não mostra que estamos falhando em nossos projetos de inclusão no mundo? As mães, por outro lado, questionavam: deixarão de ter atendimento? Como isso? Era necessário repensar. Repensar não porque o modelo inteiro fracassava, mas porque era seu projeto não dar conta de tudo sempre. Naquele grupo, aquele modelo dava notícias de que falhava. Talvez seja este o destino do que um dia “deu certo”. Certa semana, Antônio começou a falar mais, bem mais. Muito mais do que nos últimos anos. Descobrimos que a nova professora vinha conseguindo estratégias para que ele escrevesse...

Aqueles que estudam a história da educação especial dão, para o início da atenção às pessoas com deficiência intelectual, as mesmas datas e instituições que aqueles que estudam a história da loucura no Brasil: o Hospital D. Pedro II em 1852 e o Hospital Psiquiátrico da Bahia, inaugurado em 1874. O Hospital D Pedro II passa a chamar-se Hospício Nacional de Alienados no final do século XIX. Muitos anos depois, essas duas áreas cindiriam seus discursos e percursos de modo a cindir também seus sujeitos, criando vazios de atenção. Mas no início, as instituições totalizadoras não faziam essa diferenciação.

A primeira instituição (de que se tem registro aprofundado sobre o funcionamento) que se colocava a atender crianças que saíssem da norma sem o carimbo da deficiência física (ainda que os critérios para normalidade fossem pouco claros em seus documentos) foi o “Pavilhão de Bourneville – Primeira Escola Especial para Crianças Anormais” no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, em 1904. Antes da criação do Pavilhão, as crianças e os adultos ficavam asilados no mesmo espaço. O pavilhão foi liberado pelo Ministro, não da Educação ou da Saúde, mas da Justiça e Negócios Interiores, a quem se endereçava esta questão na época (MULLER, 2000). A designação do espaço para as crianças havia sido demandada por trabalhadores através de Sindicância. Eles também requisitaram um pediatra familiarizado com o método médico-pedagógico de Bourneville, famoso alienista francês que teria trabalhado na área infantil em Bicêtre e Salpêtrière. É a partir deste momento que se tem registro²⁰ da diferenciação entre a clínica psiquiátrica infantil e a dos adultos no Brasil.

O nome de Bourneville apareceu no país primeiramente em 1900, quando Carlos Fernandes Eiras apresentou no IV Congresso de Medicina e Cirurgia o trabalho *Da Educação e Tratamento Médico Pedagógico dos Idiotas* (“educação”-“tratamento”- “médico”-“pedagógico”!). Eiras fazia parte da Comissão que fez a Sindicância para a criação do Pavilhão. Além do espaço, outras respostas vieram: Moreira assumiu a diretoria do Hospício e Fernandes Figueira, que havia estudado o método Bourneville em um estágio na França, entrou como o pediatra do Pavilhão (JANUZZI, 2012; MAZZOTA, 2005; MULLER, 2000). As mudanças que ali se operaram no atendimento às crianças foram descritas de maneira elogiosa por Olavo Bilac na *Gazeta Literária*, revista fundada por ele em conjunto com Fernandes Figueira, o pediatra (MULLER, 2000). O método médico-pedagógico de Bourneville consistia em ensinar habilidades das mais simples às mais complexas: primeiramente as motoras, depois as sensoriais, para então ir à linguagem, higiene, depois a escrita e habilidades manuais. Tudo isso através de aparelhos e brinquedos. Bourneville, que teria trabalhado com a infância em hospitais psiquiátricos, foi também quem regulamentou a implantação das classes especiais para *crianças anormais* nas escolas regulares francesas. Mais tarde, por volta dos anos 1980/90, fortaleciam-se as críticas às classes especiais por, além de reiterar e criar a exclusão, terem práticas que a aprofundavam, com trabalhos

²⁰ Embora o Hospício Estadual de Salvador atendesse *crianças anormais* também, não se tem registro de como se dava este atendimento (MAZZOTTA, 2005).

sensoriais repetitivos baseados na crença de que assim se ganham habilidades necessárias para a pré-escrita (MENDES, 2010), o que em muito parecem ressoar com as ideias de Bourneville.

De acordo com Bilac (1905, apud MULLER, 2000) as crianças que antes estavam “crescendo ao acaso”, “condenadas ao idiotismo perpétuo”, “ínuteis a si mesmas e á sociedade” agora eram tratadas de acordo com o que há de melhor da ciência, aprendendo pela brincadeira e saíam de lá como “homens perfeitos e equilibrados, creados artificialmente n’aquella oficina de reabilitação humana” (BILAC, 1905 apud MULLER, 2000, p. 87).

As meninas faziam oficina de costura e Fernandes Figueira, em relatório, refere satisfação por, no espaço de um ano, elas terem feito as vestimentas de todos os internos do Pavilhão. Não havia oficinas para os meninos, o que ele considerava algo negativo, pois seria “inaproveitamento de energias úteis” e o método médico-pedagógico serviria, ao fim das contas, a que o “retardatário” proviesse sua “própria manutenção” “sem carga para o Estado” (FIGUEIRA, 1906 apud MULLER, 2000). O Pavilhão funcionou até 1942 com média de 58 crianças por ano, quando os internos do Hospício foram transferidos para a Colônia de Engenho de Dentro.

Bourneville estaria na linha de pensamento de Itard e Seguin²¹ (BUENO, 1993), que se opunham à linha de Esquirol e Pinel quanto à irreversibilidade da idiotia. A discussão sobre infância ainda não era tão presente em suas épocas, mas suas divergências ecoam até hoje, inclusive no campo da infância. Ao passo que os primeiros acreditavam haver alguma reversibilidade e bom prognóstico através de métodos específicos (MARFINATI, ABRÃO; 2014) pedagógicos (MULLER, 2000; BUENO, 1993), os últimos não entendiam que haveria cura para a idiotia e, portanto, o alienista não se deveria ocupar desta população. Linhas de discussão presentes até hoje. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) (re)afirmava que a deficiência estaria no escopo também da saúde mental, com pautas sobre atendimento e sobre os direitos das pessoas com deficiência, além de formação para trabalhadores de saúde mental

²¹ Em 1801, Jean Marie Gaspar Itard publicou *L’Education d’un homme sauvage* - considerada a primeira publicação sobre educação da pessoa com deficiência intelectual, quando tentou desenvolver métodos para educar o “selvagem de Aveyron” a partir do método sensualista de Condillac, baseado na teoria de que a vida mental depende totalmente dos sentidos e percepções (JANUZZI, 2012). Itard assumiu o atendimento do menino encontrado nos bosques de Aveyron contra o diagnóstico de Pinel, que o considerava ineducável. Em 1840, Seguin, aluno de Itard, foi o responsável por dirigir a primeira separação em pavilhão próprio para crianças, dentro do manicômio de Bicetre em 1840. Esta separação é considerada o marco efetivo do início da educação da pessoa com deficiência intelectual, com o desenvolvimento de treinamentos sensoriais e de comportamentos sociais básicos. Não se falava de uma educação dos conteúdos regulares de sala. Diferente das pessoas com deficiências auditivas e visuais que eram encaminhadas a internatos escolares desde o século XVIII, as pessoas com deficiência intelectual eram internadas em instituições desde o século XVI (BUENO, 1993).

neste quesito. Reafirmações que demonstram um campo em movimento, como a cena sobre a menina que não era atendida nem na APD nem no CAPS nos mostra.

Na escola para crianças anormais, o diretor da instituição, Juliano Moreira, vindo de escola alemã bióloga (AMARANTE, 2014), tinha práticas que demonstravam alinhar-se mais às ideias de Esquirol e Pinel, no sentido de não entender a idiotia como campo do alienista (MULLER, 2000), pedindo constantemente instituições especializadas para elas. Já Fernandes Figueira, alinhado a Bourneville, acreditava ser essencial a 1) orientação familiar aos atrasados pedagógicos, 2) o ensino especial para os “débeis” e o 3) asilo especial para os “idiotas e imbecis”. As ideias de Figueira, não só dele, parecem ter prevalecido naquele espaço (e para além dele), uma vez que o Pavilhão seguiu oferecendo essa diversidade de práticas até 1942, quando foi desfeito. As *creanças* “mais graves” seguiram internadas muito além da infância (MULLER, 2000), na instituição total.

Nas últimas duas cenas que trouxemos, reverberações de uma mesma questão. Os brinquedos, o tricotar, o fazer manual constituem um dos meios de laço social no mundo, e a maneira com que são usados na saúde hoje opera na construção de vínculo no fazer conjunto. Mas necessita de projeto, para que não seja o *pré-* de algo que não vem a seguir. Nos Caps Adulto, a ambiência²² era importante recurso, normalmente tomados pelos fazeres. Iguamente ou mais importante é o fazer na infância. Nos últimos anos, os Caps IJ da nossa região vinham discutindo até onde era interessante seguir oferecendo atividades que o território tinha, se não era melhor que as ocupássemos na comunidade. Questão para a qual não temos resposta certa, mas que nos lembra que o cuidado em saúde mental não possa vir a tomar o espaço de outros possíveis laços. Para que a saúde mental se possa complementar com outras áreas da vida, que não seja um cuidado totalizante, necessariamente haverá problemas. Necessariamente haverá perda de sentido, dúvidas e convocações a se por em análise. Haverá falha.

²² Ambiência: é o estar com os usuários do serviço de saúde mental de maneira a não haver predeterminações que conferem lugares institucionalizados entre profissionais e usuários. Desta maneira, é possível emergir outros saberes, fazeres, poderes de contratualidade (troca) que os usuários têm com o mundo que não seja no lugar de paciente (MOURA, 2003). No Caps Adulto em que conheci o fazer da ambiência, aprendi a jogar xadrez e contar as peças no jogo de dominó com usuários, a ler o poetizar de outras maneiras, a costurar, ouvi sobre como era difícil voltar a um emprego depois de ter crise na frente dos colegas, a rir do que poderia ser uma grande desgraça, a ouvir críticas importantes do fazer na saúde. Dali, novas propostas de fazeres no Caps surgiram, nem sempre efetivadas.

3.2 Os Serviços de Higiene Mental Escolar e a Escola Nova

1) Escola e Caps: uma proposta em meio a desencontros e insatisfações

Reunião de matriciamento do Caps IJ com as UBSs da região. Combinamos que parte da reunião seria para falar sobre a resposta das unidades de saúde àquelas crianças encaminhadas pelas escolas, geralmente por haver dificuldades na relação com os conteúdos/instituições escolares, e que as aulas de reforço ou não aconteciam ou não as ajudava tanto, na opinião dos profissionais da escola. Era um costume da saúde da região encaminhar casos assim, em que sentiam que era possível isolar apenas o fator da dificuldade no aprender, para ONGs filantrópicas de psicopedagogia. A discussão sobre essas práticas ficou para o fim, porque alguns profissionais ainda não tinham chegado. Houve um acidente de carro perto do Caps e tinha trânsito na região. Começamos pelo que seria destinado à segunda metade do encontro: as “discussões de caso”. Primeira criança a ser discutida: um menino cuja professora e coordenadora diziam ser necessário que ele fosse medicado para ficar mais calmo e conseguir permanecer em sala de aula. As profissionais de saúde ali presentes acreditavam que um remédio não atingiria o que o fazia inquieto na vida (escolar). Iniciou-se então, por parte das profissionais que lá estavam, uma grande discussão sobre as escolas da região e como elas vinham fazendo encaminhamentos “por tudo”, muitas vezes sugerindo um diagnóstico e a conduta, e parecendo incomodadas quando as crianças não eram medicadas, chegando a recomendar às famílias que buscassem profissionais de outros lugares que pudessem medica-los. Naquele momento, na sala, havia falas que desabafavam, falas que buscavam uma convivência nas dificuldades com as escolas, falas que apontavam, por outro lado, como deve ser difícil ter tantos alunos em uma sala ou que lembrassem medidas recentes da atual gestão municipal²³ que não ajudavam – retirada de Transporte Escolar Gratuito de alunos, redução na merenda escolar-.

No entanto, o tema maior era o da dificuldade de se ter, como saúde, boa receptividade das escolas quando não propúnhamos uma solução que não tivesse um efeito rápido e notório no comportamento das crianças. Havia também um questionamento se seria o papel da saúde atuar nessa frente e um incômodo com este lugar em que as profissionais de saúde se sentiam convocadas. Neste momento, as profissionais do Caps IJ trouxemos a proposta de encontros mais sistemáticos com as escolas do território, e falamos da importância de maior aproximação para pensarmos nossos lugares na relação com as escolas. A proposta pareceu deslizar pela sala e “encaixar” nos buracos que havíamos aberto na conversa até então. Todas aceitaram estar na data sugerida do encontro com as escolas, inclusive trouxeram novas palavras quando falamos da saúde sair do lugar de saber, endossando o cuidado de não cair nesta postura. Naquele mesmo dia, todas mandaram a lista com a relação das escolas que tinham em suas regiões. O perigo: colocávamos algo a ser ainda feito como solução final e simples para problemas nada simples.

²³ Gestão Dória iniciada em 2017.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, é caso emblemático de um momento em que a eugenia ainda era entendida como ciência. Com propostas iniciais de assistência aos “doentes mentais”, parte de sua equipe passou a migrar para projetos de prevenção no meio (escolas, famílias, profissionais de outras áreas), considerando que apenas a assistência não seria o bastante se os indivíduos não fossem ensinados a adquirir e preservar sua saúde mental (COSTA, 1980).

O cenário de fundo desta prevenção compreendia que o branqueamento e a marginalização, ou mesmo eliminação, de alguns modos de vida facilitaria a construção da democracia no país. Alguns de seus integrantes chegaram a produzir artigos criticando a medicina, a religião e a filantropia em geral por “fazer viver e triunfar (graças à sua ativa reprodução) os degenerados físicos, psíquicos e criminosos” onerando o Estado (KEHL apud COSTA, 1980²⁴). A psiquiatria serviu bem aos projetos eugênicos nazistas. Isso deve ser lembrado para seguirmos atentos *a que* as ciências psi podem servir quando na expansão de seus campos. A época, no entanto, fervilhava disputas de teorias sobre estrutura nosológica, raízes epistemológicas e visões de sujeito e sociedade no Brasil que nos mostram que essa não era a história única desta área (FACHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010).

Em 1929, o jornal *Estadão* chamava atenção de seus leitores para a necessidade de se criar um ensino especial na rede pública. Começava a tomar maior amplitude o interesse pelo “desenvolvimento” dos chamados “débeis mentais” e a ideia de que as classes especiais lhes possibilitariam esse acesso sem uma imposição dos padrões normais (SAGAWA, 2002). A criança começava a ser compreendida como ser em desenvolvimento, com características distintas do adulto e umas das outras. O movimento da “Escola Nova” passava a ser mais pautado nas reformas educacionais pelo País, instigados principalmente por Anísio Teixeira²⁵, no Rio de Janeiro

²⁴ Mais uma vez aqui aparecia a questão da oneração do Estado para os marginalizados da sociedade.

²⁵ Anísio Teixeira foi o principal expoente das ideias de John Dewey e do escolanovismo no Brasil. Grande entusiasta das ideias de Dewey, traduziu muitos dos textos do conhecido por muitos como filósofo da democracia. John Dewey propunha que uma sociedade democrática prepararia igualmente seus indivíduos para melhor se aproveitarem de suas possibilidades, podendo haver “mudanças sociais sem o ocasionamento de desordens” através de uma educação “que proporcione aos indivíduos um interesse pessoal nas relações e direções sociais” (DEWEY, 1917 apud PATTO, 1990, p. 25). Não é claro em seus textos se ele acredita que uma democracia possa se dar na sociedade de classes ou não, apesar de haver forte tendência que indique que ela se daria com uma real possibilidade na maleabilidade entre as classes sociais. Ele atribuiria os impeditivos a se chegar no ideal democrático aos desvios pessoais e não do sistema (PATTO, 1990). Com textos que inspiraram tantos autores e profissionais brasileiros, nenhuma síntese em nota de rodapé seria digna do autor que propôs o ensino vocacional e enfatizava tanto a possibilidade de mudança da sociedade pela educação.

(ABRÃO, 2009). Em 1930, Durval Marcondes orientava a criação das ainda incipientes classes de educação especial.²⁶ Posteriormente, em 1938, foi criado o Serviço de Higiene Mental Escolar, também dirigido por ele (SAGAWA, 2002). Em paralelo, no Rio de Janeiro, Anísio Teixeira convida Arthur Ramos para dirigir o Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental nesta cidade, em 1934, com o intuito de atender crianças agressivas e com dificuldade de comportamento (GARCIA, 2014).

Em comum, estes dois serviços tinham ampla gama de frentes ofertadas às crianças das escolas públicas, familiares e profissionais, além de terem olhar composto por outras disciplinas além da psiquiatria. Além disso, suas ideias de prevenção estavam ligadas ao entendimento de que as crianças das escolas primárias tivessem garantidas as condições para o desenvolvimento de sua saúde mental, diferentemente das da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Enquanto a Liga comemorava o regime de 1930 e parabenizava a moral antialcoolista do Estado, o Serviço de Higiene Mental Escolar, criado na década de 1930, recusava atuação neste campo político. A Liga participava das “cruzadas” contra o uso de álcool com palestras em escolas a pedido do governo e o Serviço de Higiene Mental recusava-se a participar do que consideravam ser uma “limpeza mental”, optando por práticas mais voltadas à promoção da saúde mental (SAGAWA, 2002), atuando principalmente em três frentes: 1) clínicas de orientação infantil e consultórios psicológicos; 2) classes especiais para “débeis mentais”; 3) formação, pesquisa e ensino de profissionais.

A partir desse Serviço, criou-se o curso de especialização em Higiene Mental Escolar. Foi o primeiro serviço psicoprofilático com base psicanalítica no Brasil, que buscava desenvolver novos saberes e modos de trabalhar com a psicanálise a partir da prática. Com inspiração nas Clínicas de Orientação Infantil estadunidenses, substituía-se o modelo de criminalização pelos estudos dos comportamentos desajustados e da personalidade, para se criar uma *prevenção* pelo ajustamento para o que seria o melhor desenvolvimento da criança. Substituía-se o castigo físico por uma terapêutica (LIMA, 2012). No Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental de Arthur Ramos, no Rio de Janeiro, esta troca também se operava. Ao atender o caso de uma menina de 8 anos

²⁶ Embora em Januzzi (2012) se tenha relato de dr Francisco Sodré ter proposto criar salas especiais em 1911, em Sagawa (2002), a partir de escritos de Durval Marcondes, refere-se que teria sido então a primeira classe especial de São Paulo.

encaminhada por brigar com colegas, não acompanhar as lições de gramática, promover desordens na turma, contar mentiras, ser agitada, agressiva etc., ele a entrevista:

- Você gosta muito de estudar, por que está ficando vagarosa?
- Eu ando cansada.
- Cansada de quê? Você brinca tanto!
- Em casa eu trabalho muito.
- Que faz você?
- Ajudo a mamãe. Enquanto ela lava roupa dos fregueses, eu varro e limpo os móveis. Depois lavo a roupa toda de casa e passo a ferro. Mamãe faz o almoço de véspera, à noite e pela manhã faz o jantar. Eu também olho o fogo e as panelas, enquanto ela faz outros serviços.
- Quando é que você brinca?
- Só aos domingos, à noite. Papai não deixa brincar nos outros dias. Depois do jantar, quando guardo a louça que lavei, vou estudar com o papai.
- Que ensina ele?
- Gramática. Já sei os pronomes e quando se escreve letra maiúscula ou minúscula. Se eu não respondo direito, entro na pancada.
- Você apanha?
- Se apanho... e de chicote.
- Como é este chicote?
- É uma correia amarrada num pau... (RAMOS, 1935 apud FREITAS, 2009, p. 69).

Então Arthur Ramos conclui em seu relatório:

Em novembro de 1935 conversamos com a mãe da menina, esclarecendo-a sobre os inconvenientes dos maus-tratos e castigos corporais, e ela nos prometeu amenizar os trabalhos em casa e agir junto ao pai, para não espancar mais a criança. (RAMOS, 1935 apud FREITAS, 2009, p. 70).

O conhecimento gerado a partir do atendimento de muitas crianças das escolas públicas procurava anular o então difundido termo “criança propensa” (à criminalização), cunhando o termo “criança problema”, proposto por Arthur Ramos para advogar pelas causas extrínsecas à criança que influenciam sua vida, tentando criar distinções no termo “anormal”, que acreditava ser usado de maneira indiferenciada para qualquer criança com desempenho diferente da média e comportamento “antissocial” (FREITAS, 2010)²⁷. As especializações de diagnósticos da infância

²⁷ Mais tarde, o próprio conceito de criança-problema servirá ao que Arthur Ramos queria, com ele, combater: o entendimento de uma incompatibilidade entre a criança pobre e o ritmo da escola. A isso, mais tarde se combinou o argumento de que a escola pública piorou em qualidade quando o “povo” passou a frequentá-la (FREITAS, 2009).

que se fortaleceram ao longo dos anos seguintes parecem ter sido também²⁸ a resposta encontrada por alguns para diferenciar a massa homogênea do que se categorizava como anormal passível de exclusão da escola.

O serviço de Arthur Ramos focava nos problemas extrínsecos, para neles atuar e assim prevenir os problemas que poderiam advir. O conceito de prevenção operado em ambos os serviços parecia focar bastante a atuação com os “modeladores da personalidade da criança” (LIMA, 2012, p.84), termo frequentemente empregado por Durval Marcondes para se referir àqueles mais próximos às crianças que teriam ascendência sob a personalidade delas (normalmente os pais e os educadores). A intervenção no meio era o foco. Assim, no Serviço paulista por ele dirigido fazia-se anamnese, exame psicológico, avaliação do caráter e da inteligência da criança para posteriormente orientar os pais, professores e acompanhar a evolução, com possível atendimento psicológico e médico em concomitância. Posteriormente, avaliavam os resultados da própria prática, considerando sucesso o reajustamento do comportamento da criança ao que seria a norma dominante de seu meio. Em estudo publicado em 1941²⁹, o sucesso em quase todos os casos foi considerado parcial ou total (LIMA, 2012).

Não era apenas a intervenção nas ações dos “modeladores” que era proposta, mas também ações na escola. Ao analisar as causas da repetência, já bastante discutidas na época, a lista variava de distúrbios da palavra e instabilidade a “más condições da família” ou “negligência parental”. Como resposta, propunha-se corpos de agentes sociais da escola, como professoras visitadoras, para haver cooperação entre escola e família. Ao identificar a desnutrição como fator influenciador da repetência, indicava-se difundir as refeições nas escolas (LIMA, 2012):

As condições higiênicas da habitação foram apreciadas com base na natureza do imóvel (cortiço, etc), sua localização, ventilação, iluminação, suas instalações sanitárias, número de seus moradores, condições do dormitório e do leito da criança, etc. No que respeita à alimentação, foi levada em conta, no interrogatório feito às pessoas da família, a natureza qualitativa e quantitativa. Ambas as condições constituem problemas ligados à educação sanitária, principalmente a segunda, que sugere a necessidade de se difundir em nossas escolas a ação dos nutricionistas.

²⁸ Aqui fazemos uso da palavra “também” considerando o que foi discutido anteriormente sobre o processo na sociedade ocidental em que os fenômenos da vida social passam a ser questões para a medicina a partir da modernidade.

²⁹ Trata-se do livro intitulado “Avaliação dos resultados obtidos na clínica de orientação infantil de São Paulo”, escrito por Durval Marcondes.

Cabe salientar também a importância das refeições proporcionadas pela escola, cuja instituição deve ser difundida. As caixas escolares poderão colaborar no mesmo sentido, atendendo ao aspecto financeiro do problema. (MARCONDES, 1942, p. 269 apud LIMA, 2012, p. 87).

O sanitarismo aqui presente já não intervém apenas na família ou no professor para educá-los, mas tem presentes traços de responsabilização das instituições do Estado, inclusive no que concerne a questões mais materiais, como alimentação. No entanto, a prevenção em níveis mais gerais se resumia à orientação de práticas escolares e, principalmente, à família, orientando condutas segundo os moldes higienistas (pai como autoridade, mãe na continência afetiva, por exemplo) (LIMA, 2012). Havia, assim como a Liga Brasileira de Higiene Mental, um projeto de nação por trás de suas ações, mas com importantes diferenças. Para os psiquiatras da Liga, uma democracia desenvolvida precisava da eliminação de populações que oneravam o Estado; com o controle de seus comportamentos. Para os últimos serviços de higiene detalhados aqui, as “moléstias” não tinham origem apenas orgânicas, mas se enredavam em questões relacionais e causas sociais. Assim, viam na educação o caminho para a construção de uma sociedade democrática, de integração da população marginalizada. Alinhados ao escolanovismo, acreditavam na ciência como meio para tanto, prevendo possíveis desajustes e prevenindo-os, mas impondo novos códigos de conduta. (GARCIA, 2014).

Arthur Ramos orientava professores a incitar as crianças a conversarem na escola, confiando na força da *talking cure* e da necessidade de desenvolvimento da socialização. Acreditava ser necessário que professores tivessem alguma exposição à psicanálise. Para ele, esta prática seria corretiva e ao mesmo tempo preventiva, uma vez que o professor conseguiria também identificar potenciais riscos e encaminhar a criança para atendimento (GARCIA, 2014).

Todo um aparato histórico se fez na relação entre escola e saúde mental em que a primeira capta os sujeitos alvos da saúde mental – os desviantes – enquanto a saúde mental melhora as possibilidades de aprendizado destes sujeitos para a escola, derivando na construção do *tipo psicológico normal* de sujeito. O desvio deste *tipo* não é, no entanto, o sofrimento psíquico em si, mas pode vir a causá-lo (VOLTOLINI, 2016). A saúde teve papel fundamental no que hoje ela mesma queixa: que professor hoje encaminha, propõe diagnósticos, recomenda tratamentos, queixa-se de condutas. Poderia um tratamento do sofrimento psíquico não interferir na relação conflituosa entre criança e escola?

3.3 Formação de professores, democracia e psicologia

1) O problema está no outro

*Formação dos profissionais de saúde da região em um curso sobre detecção precoce de transtornos graves. Era momento de discussão e os profissionais trocavam entre si sobre atendimentos difíceis, possíveis soluções e a sensação de impotência ao fim de tudo, devido a um adoecer da população que não se resolve só com medicação, prevenção, atenção, cesta básica. Um contou sobre uma criança que não sentia dor e estava sempre pulando de alturas, batendo a cabeça nas quinas das mesas, machucando-se, mas sem parecer perceber, repetindo os machucados sempre. Outra falou de um menino de 11 anos que sempre fugia de todos os lugares em que ficava. Movia-se bem pelos espaços, subia portões com destreza, não falava, não conseguia ficar em lugares fechados ou em uma mesma atividade por muito tempo, não se atraía por tablets ou qualquer subterfúgio digital que pudesse aquietar o corpo por algum momento. Já tinham tentado diferentes medicações e essa vontade de fugir dos lugares em que estava não cessava. Os pais não lembravam da última vez que descansaram, e agora sentiam que relaxavam menos ainda, que ele tinha aprendido a procurar a chave de casa enquanto eles estavam dormindo. Estava em uma escola especial, que o estava quase expulsando, segundo os pais. Se não o deixavam sair ou o contrariassem, eventualmente ele batia nas professoras. Ao ouvir ou ler esta história, um profissional de saúde pode pensar diferentes saídas, pontos a serem explorados. Por exemplo: essa vontade de sair era de fato em qualquer momento indiscriminadamente? Havia um lugar para o qual ele queria se direcionar nessas saídas? Naturalmente, em uma sala cheia de profissionais da saúde, alguém sugeriu algo: no caso, era que deveriam andar com ele para saber onde ele queria ir, “ouvir o que ele tinha a comunicar”, “ter essa delicadeza do olhar”. Não chegamos a saber, por parte da pessoa que trouxe a história, quais tentativas foram ensaiadas. Na verdade, talvez não fosse isso que importasse. O grupo emendou em uma discussão sobre muitas professoras não terem essa **delicadeza** de pensar no **olhar para o sujeito**. Começaram a trazer mais “casos” em que faltou **um olhar** da escola ao que se passava com pacientes/alunos. Ainda: em que faltou um olhar mais **democrático** dos profissionais de educação em relação a como a **escola deveria funcionar**, uma vez que deveria ser mais aberta ao que o aluno trazia como necessidade, ao que o aluno denunciava como sem sentido. Alguém remediava, apontando as muitas funções difíceis que ficavam com a escola e a pouca estrutura para tanta criança. Mas alguém outro voltava a apontar a escola: falava de como a escola não era democrática em si, ilustrando com casos de escolas-democráticas-modelos-sonhadas que existiam em algumas partes do globo e eram usadas como exemplo de sucesso. O movimento da conversa me trouxe déjà-vu de outras conversas com profissionais da saúde: de passar do sentimento de impotência do cuidar que o convoca nos atendimentos do dia-a-dia para olhar a impotência de outras áreas “anteriores à sua” e agir nelas. Parecia ser o mesmo pensamento de que antes de uma menina ser atendida por um lugar, deveria ser preparada por outro: antes, as escolas deveriam ser de outra maneira. Um pensamento que colocava o objeto de nosso trabalho para onde ele justamente não seria necessário. Parecia haver uma sombra ali, com os profissionais da saúde, sobre como a escola **deveria ser democrática, deveria modernizar-se**, e não era bem assim. De onde vinha essa sombra?*

2) Como não criar ideais?

Ricardo chegou ao ateliê do Caps Infantil mais quieto naquele dia. Dizia não querer fazer nada de produtivo, queria um quarto para destruir tudo nele. Ricardo havia sido encaminhado ao Caps por “quebrar tudo à sua frente”, de objetos a laços de amizade. Segundo sua mãe, ele já tinha sido tacitamente convidado a se retirar da ONG onde passava o contra turno da escola e isso só não aconteceu na escola porque “escola pública não pode expulsar”. Hoje, no entanto, ele estava conseguindo falar sobre querer destruir ao invés de partir para a ação. Hoje, inclusive, o ambiente para a destruição, em sua fala, era controlado e com propósito: um quarto fechado feito só para destruir. Uma elaboração! A assistente social perguntou se tinha acontecido algo em sua casa novamente. Ricardo confirmou. Na noite anterior, seu tio chegou agressivo em casa de novo, gritando, batendo nas portas, ameaçando machucar sua mãe. Ricardo não conseguiu dormir com medo, trancado com sua mãe em um quarto. Enquanto conversavam sobre o medo sentido na noite anterior e a relação com o tio, eu e a assistente social íamos avaliando se precisaríamos inventar um quarto e quão simbólico ele poderia ser. Ricardo tinha nove anos. Eu lembrei de Pollock, que conhecera por meu professor de Artes do Ensino Médio. Propus que ele jogasse as tintas no papel de longe, com toda a força, usando um pincel, sem tocar na folha. Ricardo jogou todas as cores que encontrou pela frente. Inclusive cola. Muita cola. No fim, achou lindo: a cola fez um lago transparente e as tintas viraram bolas e linhas coloridas afundadas nele. Mostrei a ele, em meu celular, os quadros de Pollock; mostrava como havia semelhanças entre o que Ricardo fez e o que alguém muito valorizado tinha feito. Nesta ação, mimetizava a memória de uma cena feita corriqueiramente por esse professor de artes: a de mostrar que o que vinha de nós poderia ter apreço no mundo. Ricardo arregalou os olhos: “o meu parece com esses!!!! Aliás, o meu tá mais bonito!”. Fora dos atendimentos, o Caps fazia articulações sobre o caso de Ricardo com a escola, com os serviços de assistência social e a promotoria da região, para ações de proteção dele e da mãe. As conversas com a escola tratavam de falar sobre como convocar a Justiça, apostas do que subjazia os atos agressivos de Ricardo e, principalmente, compartilhar estratégias de acolhida de quando ele não estava bem. Nessas conversas, talvez houvesse por parte do Caps essa presunção-sombra antiga de que para resolver algumas abalroadas entre aluno e escola, era necessário que a escola soubesse mais da vida psíquica e social do aluno. Parecia haver ainda uma segunda sombra: a dos professores que fizeram parte de nossas vidas, acolheram-nos e nos formaram, como ideais do que um “professor bom” faz. Nas conversas entre trabalhadoras do Caps sobre como a experiência das crianças que atendíamos poderia ser na escola, lá estavam os “professores bons” que cada uma de nós havia tido, aqueles que entenderam nossas inseguranças e deram direções criativas e de aprendizado ao que parecia sem saída. Professores que justamente não olhavam para as pessoas com quem trabalhavam a partir do que lhes faltava em molduras idealizadas. Talvez houvéssemos aprendido essa lição pela metade.

As décadas de 1920 e 1930 foram marcadas por um processo de popularização da escola primária, em uma época em que o índice de analfabetismo era de 80% no país, (MENDES, 2010), enquanto os anos de 1930 e 1940 foram marcados pelo aumento de iniciativas privadas de

educação especial em relação às públicas, devido em parte ao descaso governamental quanto à educação das pessoas com deficiências. Vale lembrar que, de 1937 a 1945 o Brasil passava pelo Estado Novo, marcado por forte controle estatal de todos os setores, desenvolvimento dos ensinos primário e secundário, mas com forte favorecimento do ensino superior. Nesse período, mais uma última experiência, sobre a qual falaremos adiante, ensinou-nos sobre os (des)encontros entre saúde mental e educação dos quais até hoje sentimos eco, principalmente no âmbito da educação especial e na posição da psicologia quanto à formação de professores, em um olhar idealizado direcionado à escola. Por tratar-se de época que coincide a hegemonia do discurso da higiene (organizador das primeiras políticas de educação e saúde) com as marcas inaugurais e consolidadoras das profissões de psicologia e assistência social (LIMA, 2012), entendemos que a nossa delonga na época não constitui atraso e, pelo contrário, ajuda a avançar entendimento sobre tropeços atuais. Esta última parada em uma experiência ajudou-nos a compreender, através de imagens do cotidiano em que é possível imaginar o que se deu, como que a área *psi* tendeu a uma postura de ensino para as educadoras, somando como outro lado da moeda da tendência mais tematizada da educação a diagnosticar e policiar para a saúde. As professoras querendo atender e a saúde querendo ensinar. Esta experiência, como as outras, remete também à lembrança necessária de que podemos cair na invenção da roda novamente, vendo problemas, incômodos e soluções se repetirem há décadas, com singelas mudanças nas roupagens.

Era o ano de 1929. Uma reforma escolanovista no estado de Minas Gerais, então caracteristicamente rural, com poucas escolas e professoras, e enfrentando a discussão sobre a formação de professores (ANDRADE, 2008), traz uma psicóloga russa, aluna de Édouard Claparède, advinda da Universidade de Sorbonne, na França, para assumir, na Escola de Aperfeiçoamento de Professores, a cadeira de Psicologia, assim como o Laboratório de Psicologia Experimental. A psicóloga era Helena Antipoff e a Escola de Aperfeiçoamento era a primeira experiência, no Brasil, de ensino superior na área da Educação, tendo funcionado por vinte anos.

Condizente com sua formação, Antipoff acreditava na educação como transformadora social e chamava atenção para a necessidade de conhecer a natureza de cada criança, e basear a atividade pedagógica nelas. Trazia já em si algo do conhecer ao atuar. No início do século, se o encontro da medicina com psicologia e psicanálise colocavam os motivos do fracasso escolar fora da relação entre criança e escola (PATTO, 1988 apud FONSECA, 2017a), aqui compreendemos que Antipoff não abandona esta visão, mas compreende como objeto da escola atuar também neste externo,

assim como outros já citados aqui, alinhados ao escolanovismo. Ela acreditava na importância de conhecer o campo em que se ia atuar, e assim também foi adentrando a natureza do novo lugar onde se encontrava: começou falando francês em suas aulas e escrevendo sobre o Brasil com olhar estrangeiro, até mergulhar na cultura brasileira, a ponto de Carlos Drummond de Andrade (1972 p. 10 apud CAMPOS, 2012) escrever que “russa mais mineira não há”.

Acreditava na união entre a pesquisa e a prática. Ensinava às professoras da rede (suas alunas) a aplicarem testes psicológicos tanto para melhor desenvolver os conhecimentos ainda incipientes sobre a natureza da criança (então usando do acesso amplo das educadoras à infância para os conhecimentos na psicologia, o que ela afirma que demoraria muito mais se fosse contar apenas com os Laboratórios de Psicologia), como para que as próprias professoras pudessem hierarquizar, a partir dos resultados dos testes, as crianças em diferentes classes, de acordo com suas aptidões (ANTIPOFF, 1999). As professoras, por sua vez, não respeitavam completamente as organizações propostas para a implantação das salas homogêneas (JANUZZI, 2012) e havia relatos das professoras se sentirem em posições delicadas quando os alunos descobriam o que significava cada classe (CAMPOS, 2012). Antipoff, em sua análise, culpava mais a forma como havia sido implantada a ideia de classes homogêneas do que a ideia em si.

Em uma Minas Gerais onde não era preciso ir à escola caso fosse comprovada a ausência de capacidade para tanto, ou ainda, caso a família morasse distante, ela tentava fazer um arranjo em que todos coubessem na escola, ainda que, principalmente a partir dos anos 1970 tenhamos passado a entender as perdas e perigos nas segregações que vêm com a homogeneização de salas (CAMPOS, 2012). Antipoff questionava os testes psicológicos, apontando que não mediam aptidões inaptas, mas o que chamava de “inteligência civilizada”: o que se recebia do meio familiar, escola ou grupo (JANUZZI, 2012). Com esta crítica, ensinava às professoras a usarem dos testes psicológicos de outras maneiras. Provocava as alunas (professoras) a observarem todo o entorno social, ambiental, psíquico de seus alunos para melhor trabalhar com eles. Entendia ser a observação cotidiana mais importante que o teste, apesar de utilizá-los como instrumentos de avaliação constantemente. Formava professoras e organizava a educação a partir do olhar da psicologia.

A respeito dos testes com crianças em situação de rua, escreveu uma crítica que de início soa familiar com falas de hoje:

Essas crianças não causavam a impressão de crianças retardadas; ao contrário, extremamente espertas, revelavam prodígios de engenhosidade para lutar contra as dificuldades que a vida lhes deparava, e para assegurar a própria conservação. [...] Pois bem, aquelas crianças (abandonadas) não davam, nos nossos testes, senão resultados inferiores, revelando uma mentalidade inteiramente infantil [...]. O que lhes faltava, sobretudo, era a capacidade de manterem, de uma parte, a atenção voluntária e, de outra parte, de chegarem a uma certa abstração do pensamento conceitual (ANTIPOFF, 2002, p. 86 apud CAMPOS, 2012).

Antipoff, assim, pautava também a sociedade fora da escola, como é próprio do movimento da escola nova, que propõe práticas democráticas dentro da escola para que sejam levadas à sociedade fora. Espantava-se com tantas crianças na rua em situação vulnerável em um país que não estava em guerra e então resolveu abrir um Pavilhão para os Pequenos Jornaleiros da cidade, que daria educação, casa e trabalho para as crianças. Para ela, eles receberiam “abrigo físico” concomitante ao “abrigo moral” contra “a fraqueza, o vício, a ociosidade”, escreveria em 1932 sobre a abertura do Pavilhão (ANTIPOFF, 1999, P.33).

Acreditava na importância do “Façamos” ao invés do “Não faça” para a construção de um espaço coletivo com estes adolescentes e crianças, criticando o regime autoritário de alguns “orfanatos” e enfatizando o regime da liberdade. Defendia que o ensino obrigatório se estendesse no Estado de Minas Gerais, pois o desenvolvimento das crianças não estava concluído com 10/11 anos, idade em que a escola terminaria para aqueles que não tivessem repetido. Considerava a educação como formação de todos os aspectos do homem e criticava ferrenhamente, na década de 1950, o que se tinha feito em algumas escolas modernas, focando mais na personalidade, transmitindo poucas informações de maneira vivencial, dando pouco material para o desenvolvimento do pensamento (ANTIPOFF, 1999). Helena Antipoff agiu na formação de muitos profissionais e vemos ainda hoje presente a ideia de que um profissional da psicologia teria um saber que colaboraria com a base do trabalho do educador, o que se manifesta ora pela psicologia, que pretende oferecer esse saber, ora pela educação que o demanda.

Com a criação das classes homogêneas hierarquizadas resultando cada vez mais no aumento do número de crianças em classes especiais, sendo estas normalmente as classes que ficavam com as professoras “com pouco prestígio no sistema” (CAMPOS, 2012, p. 9), passou a se dedicar mais fortemente àqueles que optou por chamar de “excepcionais”, designação cujo

intuito era estigmatizar menos. Antipoff criou a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais³⁰, onde cuidava dos excepcionais tanto por causas orgânicas como por causas sociais, fazendo esta diferenciação em seus textos, e considerando que a marginalização era o que tinham em comum (CAMPOS, 2012).

A entrada da palavra “excepcional” na história coincide com a entrada da discussão sobre uma educação especial para as crianças de “inteligência super normal”, nos Estados Unidos. Neste último caso, esta classificação destinava-se principalmente a crianças de bairros de classes superiores, diferenciando assim o ensino público dado a segmentos da população a partir da educação especial (ou das educações especiais) (BUENO, 1993). Antipoff, no entanto, negava os fatores sociais que poderiam enfatizar um diagnóstico em uma classe social, mas não apresentava estatísticas concretas que comprovassem seus argumentos (JANUZZI, 2012).

No Instituto Pestalozzi, trabalhava com os consultórios “Médico-pedagógicos” (“médico”, “pedagógicos”!), que contava com médicos e equipe de psicologia composta por ela e suas alunas, professoras. Em relatório de 1938 (ANTIPOFF, 1999), assinala que a instituição (com 104 contribuintes, em sua maioria médicos e professoras, descrito com estes gêneros, masculino e feminino, respectivamente) teria acompanhado 1081 pessoas em 6 anos. O maior número estaria na classificação de “retardo mental” (246), seguido da categoria “outros motivos” (169), vindo depois a classificação de “enfraquecimento geral” (140), “nervosia” (57), “surdo-mudez” (56), “distúrbios de crescimento” (41), “abandono social” (35), “gagueira” (32), “retardo escolar” – diferenciado de retardo mental (27), “incontinência de urina” com o mesmo número de “defeitos de caráter, vícios” (26), e assim por diante, até chegar em “inteligência super normal” (8). A indeterminação das duas categorias de maior atendimento depois de retardo mental aponta-nos as indeterminações da população da educação especial, mesmo em uma época em que já se tinha constructos de diagnósticos para além do nome “anormal”³¹.

³⁰ A primeira Pestalozzi havia sido fundada em 1926, em Porto Alegre, por um casal de professores, Bruna e Thiago Wurth, trazendo ao Brasil a ideia de “ortopedagogia das escolas auxiliares” europeias. No ano seguinte, muda-se para Canoas e vira um internato para “excepcionais” (MAZZOTA, 2005).

³¹ Cada vez mais, aspectos da infância vão se tornando questões médicas ou de intervenção psi, e uma nosografia própria da infância vai se tecendo nesta época (MARFINATI; ABRAO, 2014). Nos Estados Unidos, os números na educação especial vão nos contando um tanto do que acontece com a ampliação deste olhar psiquiátrico sobre a infância, refletindo “a indeterminação entre as ações de saúde e de educação no campo da excepcionalidade” (BUENO, 1993, p. 20), expondo assim a própria indeterminação do que seria a população da excepcionalidade. Até os anos 1930, apesar de não ser sistemática, mas organizada em instituições isoladas, a educação especial abrangia as pessoas com deficiência auditiva, visual, física e intelectual, entendidas como os anormais. No biênio de 1937/38, os chamados distúrbios de linguagem passam a ser incluídos na excepcionalidade. Vinte anos mais tarde, os distúrbios

Em 1940, ainda na presidência da Pestalozzi de Minas Gerais, ela funda a Fazenda do Rosário, em Ibirité (MG), dedicada à educação de crianças excepcionais com método baseado na Escola Ativa. Nessa época, notava o êxodo rural e o processo de urbanização precária que acontecia nas cidades, considerando urgente fazer com que a vida rural fosse boa. Sem renovação do contrato em Minas Gerais, na década de 1940, partiu para o Rio de Janeiro, para trabalhar no Ministério da Saúde e fundar a Sociedade Pestalozzi do Brasil, além de se engajar na luta pela redemocratização do país, em época de Estado Novo. Seguiu trabalhando na Fazenda do Rosário e publicando sobre as experiências ali desenvolvidas.

Em 1951, já com novo governo, a Fazenda do Rosário passou a se tornar um complexo, com parceria do Governo Federal, buscando não apenas integrar as crianças que chegavam à comunidade da Fazenda, como oferecer cursos e benefícios à comunidade que acolhia a Fazenda, integrando-a. A ideia que tinha era de que a Fazenda fosse uma “cidade rural”, onde seus habitantes se tornassem cidadãos participantes de uma forma mais apurada e cívica de convivência, em que os educadores seriam responsáveis por ajudar a “edificar formas mais produtivas e mais equitativas de vida coletiva” (ANTIPOFF, 1992f, p. 113 apud CAMPOS, 2012, p. 11). A discussão de como fazer a democracia florescer estava frequentemente de fundo para Antipoff, apostando na vida coletiva a partir da vivência comunitária. No entanto, a psicologia estava lá, como base para as práticas educativas e formação de professores. E ainda: em uma democracia que precisa do especialista para fazer comunidade na diferença.

Antipoff se inscreve na linha do movimento pedagógico que buscava retomar a proposta de Rousseau, de colocar a criança no centro do processo educativo. Retomando a linha de frente para trás encontraremos Claparède, Stanley Hall, John Dewey e, ao fim, ou no início dela, Edward Thorndike, cujo manual de psicologia educacional, chamado *Educational Psychology*, foi uma das principais referências na formação de educadores nos Estados Unidos até a 2ª Guerra Mundial (CAMPOS, 2012). Entrar na experiência de Antipoff, que participou de importantes instituições na história da educação especial, nos tira das palavras superficiais de sequenciamento de linhas de pensamento e auxilia a pôr-nos em corpo no que convocou algum movimento no entre saúde e educação. E além, expõe as semelhanças e distanciamentos desta autora tão importante na história

de linguagem assumiram o primeiro lugar na quantidade de atendimentos, em conjunto com os distúrbios emocionais. Nesta mesma época, os distúrbios de aprendizagem não apareciam nos índices, mas vinte anos depois eram os primeiros da excepcionalidade (BUENO, 1993).

da educação especial com os autores históricos da psicanálise da infância no país. Linhas que se entrecruzam. Seguiremos agora em movimentos mais macro, porque assim também passam a ser as disputas de ideias e práticas neste momento.

3.4 Sobre democracia, educação na saúde e saúde na educação

Aqui serão trazidos rapidamente dois “contos” de experiências: a de Joaquim “Quincas” Alves Cardoso Melo, um dos construtores da saúde coletiva do Rio de Janeiro, em momento de abertura política e VIII Conferência de Saúde. E a de João Leite Ferreira Neto em Belo Horizonte, pouco depois da Constituição, em 1992. Nos dois casos, percebia-se muitos encaminhamentos da escola por razões que, após investigação das equipes de saúde, estas entendiam não haver algo da saúde para ser olhado. Eles então iam para as escolas. Este já é um momento em que há crítica a uma visão biomédica na saúde e que há uma literatura robusta sobre medicalização. Um excerto de Melo ajuda a localiza-lo na discussão:

A pedagogia aliou-se ao saber médico na reprodução da ideologia da classe dominante, utilizando seus métodos para normatizar as manifestações corporais, atribuindo-lhes um valor quantitativo e qualitativo.

[...]

As práticas de Saúde e de Educação voltam-se, assim, para culpabilizar os indivíduos que se desviam da norma, da ordem e da razão do capital. Educação e Saúde têm, por conseguinte, a função de corrigir os “desviantes”, cumprindo o papel de reproduzir uma visão elitista que percebe as classes populares como o lugar da ignorância, da promiscuidade, da imoralidade e da superstição. (MELO et al., 1998, p. 90).

“Quincas” Melo, muito dedicado à relação da saúde com a educação, transita entre estes temas em muitos de seus textos, sempre retomando o debate da luta pela democracia e igualdade, e usando bastante de Demerval Saviani e Paulo Freire. Melo raramente se eximia de falar sobre a desigualdade na sociedade daquele momento, em uma democracia a se construir, em que “apenas 1% fica[va] com 16,35% do que o país produz” (VALLA; MELLO, 1986, p.25)³² e reiterava a

³² Após a Constituição, os índices de desigualdade foram diminuindo, com estagnação registrada nos últimos anos. Neste ritmo, no entanto, seriam necessários 35 anos para alcançar o Uruguai e 75 anos para alcançar o Reino Unido em termos de desigualdade, de acordo com Relatório Oxfam Brasil 2017. Ainda segundo o relatório: dentre os países que têm dados disponíveis, o Brasil é o que mais concentra renda no 1% mais rico, com mais de 25% de toda a renda nacional e os 5% mais ricos com o mesmo que 95% da população.

necessidade de uma Educação em Saúde com intervenções que façam pensar e considerem a historicidade dos elementos apresentados (MELO; SCHRAMM, 1993). Falava de a saúde entrar na educação fortalecendo debates importantes para ambas, ou para a vida, porque não são de fato separadas na realidade. Falava de práxis e da importância de discutir na escola assuntos como agrotóxicos, meio ambiente, poluentes, conectando-se à educação pelas ciências. Falava de práticas não alienadas, de práxis. Freirianamente, lembrava que antes da separação saúde e educação, também as disciplinas na escola separavam o que a vida convocava a pensar unido. Escrevia animado com seus projetos e propostas:

Vida e saúde são sempre interligadas: vida é saúde, saúde é vida; vida é educação, educação é vida; educação é saúde, saúde é educação. Essa complexidade do que seja vida e saúde, educação e existência é uma questão imperiosa para quem trabalha com a saúde e, portanto, com a vida. (MELO, 2007, p. 69).

As falas de Melo eram também embasadas em experiências muito ricas com uma escola em sua região. Melo conta que, antes das ações, esta escola encaminhava casos com queixa de “dificuldade de aprendizado” e eles, depois de alguns atendimentos, tinham diagnóstico inconclusivo. Esta falta de comunicação entre as partes chamou sua atenção e Melo e equipe organizaram grupos e ações em diferentes frentes na escola: com os alunos, com os pais, com os trabalhadores no geral, incluindo toda a comunidade da escola em seus grupos. Conforme ele conta, parece que o maior problema da atividade com os pais foi muita gente para uma sala pequena.

“Quincas” Melo, ao mesmo tempo que muito didático em sua escrita, parece ser daquelas pessoas especiais, dado o artigo de sua biografia (ZANCAN; MATIDA, 2015) feito com tanto carinho pelos autores e as devolutivas das pessoas, incluídas em seus artigos. Ao contar suas ações na escola, Melo passa-nos a sensação de que, pelos relatos citados, a experiência entre a unidade de saúde e a escola foi bastante proveitosa para todos. Ao mesmo tempo em que indica a importância e simplicidade destas ações, passa a sensação de que nada daquilo é possível de se replicar como método para encontros intersetoriais entre educação e saúde por outras pessoas no mundo. Mas passado o encantamento da leitura de seus textos, retomamos aqui o eixo: se queremos que a saúde não sobrecode a educação, se queremos uma intersetorialidade em direção à equidade e menor segmentação, talvez a resposta não esteja necessariamente na imprescindibilidade de ações da unidade de saúde com todos os segmentos da população de uma

escola. Para os momentos atuais, há que se considerar que muitos Caps não contam com o número necessário de profissionais. Para o Caps desta pesquisa-intervenção, também era necessário que se saísse do lugar de saber. Pisar na realidade em que se buscava intervir era preciso e outra experiência ajuda a pensar a palavra intervenção.

Poucos anos depois de Quincas Melo, João Ferreira Leite Neto também teria uma experiência com uma escola de sua região que nos dá pistas de por onde ir. Diferenciando-se de Melo por palavras mais próprias da Reforma Psiquiátrica do que da Reforma Sanitária, como era o caso anterior. Ferreira Leite Neto começa seu texto assinalando que o lugar do psicólogo na saúde se constrói a partir da Reforma Psiquiátrica e da criação do campo da saúde mental e, portanto, recusa a separação entre psicologia clínica e social, escolha que considera uma falsa questão. João e o serviço em que trabalhava viam-se diante de duas alternativas em relação aos pedidos e encaminhamentos das escolas: receber as crianças para atendimento, e assim endossar a demanda; ou recusar o atendimento, mandando a criança de volta para a escola e não ajudando no que se passava ali naquela relação – alternativas estas muito semelhantes aos dilemas que provocaram a presente pesquisa.

No caso de Ferreira Neto, as tentativas de aproximação com a escola da região tinham sido, até aquele momento, descontinuadas. Houve greve, mudança de profissionais e de gestão. Em 1992, surgiu o momento propício, as conversas de aproximação fizeram com que professores, além de seguirem com os encaminhamentos para atendimento, pedissem ajuda com “questões de aprendizagem”, sobre como se manejava disciplinas, e questões de sexualidade com os alunos. As estratégias encontradas por ele, naquele momento, foram: um Grupo Multidisciplinar com os profissionais da saúde e da educação, que lendo e discutindo textos em comum, além de uma reunião na qual seguiam um “protocolo” para decidir se a criança que a princípio seria encaminhada de fato prescindia de ações do campo da saúde, ou se seria da educação. A partir daí, dispositivos outros se criaram. Houve oficinas sobre sexualidade com os trabalhadores da educação. Com o protocolo citado, os estudantes “que demandavam estratégias pedagógico-institucionais” passaram a ser repensados no próprio contexto da escola, e os casos que antes eram encaminhados para o serviço de saúde iam diminuindo. A escola se organizou e pediu professoras que trabalhassem com atividades psicopedagógicas com estes alunos, para além do reforço.

No texto de João Ferreira Neto, também é a saúde, desta vez com saberes principalmente da Análise Institucional, que intervém na educação para retomar a importância da educação. Tal como

os textos de Quincas, este também traz contribuições preciosas e contagiadas, dando a sensação de figuras que eram agregadoras para além dos saberes formais. Dentre as contribuições de Ferreira Neto, salientamos uma que nos ajuda: a noção proposta de intervenção. Ali, ele se alia a Foucault para pensar intervenção “no sentido etimológico em que intervir consiste em situar-se entre os elementos constitutivos de um contexto social” (POTTE-BONNEVILLE, 2006, p. 146 apud NETO, 2008). Assim, intervenção é se colocar entre os elementos que contribuem em um campo problemático.

Dessa maneira, ele subverte a hierarquia em que alguém de fora seria o detentor do saber e viria usar instrumentos teórico-técnicos para mudar a situação. Para ele, os interventores ocupam um lugar de coadjuvantes em um processo coletivo, em que os sujeitos não precisam ser ajudados a tomar consciência, pois já a têm

[...] e com certa assessoria saberão, com clareza, construir o desenho de seus próprios problemas e o arsenal de instrumentos para uma “ação possível” O que é preciso nesses casos é transformar a experiência pessoal em um saber político e coletivo capaz de promover mudanças. (NETO, 2008, p. 6).

Ao fim do texto de João Ferreira, a escola com a qual eles trabalhavam passa a ter mecanismos de assembleia e conversas mais horizontalizadas com os alunos, e dispensa os dispositivos de formação, ainda que mantendo o contato com o equipamento de saúde. Seria este o fim interessante na relação entre educação e saúde mental? Na citação selecionada acima, há uma recusa do lugar de saber que sobrecodifica o outro. Por ser recusa, demonstra tentar sair deste lugar histórico. No entanto, ainda parece ser apenas a saúde que intervém na educação. Pois era o serviço de saúde que operava e coordenava as ações e encontros. Era ela a catalizadora de mudanças. Mas como repensar esta relação sem negar que há um saber e um acúmulo da saúde neste sentido? E ainda: como superar uma dada relação sem denotar, na superação, o seu ponto de partida? Estas perguntas nos convocaram a saber sobre os discursos subjacentes nos entremeios saúde e educação.

4 OS ENTRES DA INTERSETORIALIDADE

Pesquisadas as experiências de encontros e desencontros entre saúde e educação, parecia haver discursos subjacentes relacionados à constituição do conceito “intersetorialidade”, necessários para pensar o encontro entre estas áreas no interior da realidade social em que se dão. Se é no movimento entre os elementos, na dialética, nas relações que se compõem, que podemos acessar aspectos do que buscamos estudar (PRADO JR, 2014), procuramos aqui identificar ideias-vãos que nos ajudem a compor uma ética do encontro. O objetivo deste capítulo é apresentar algumas das camadas do conceito de intersetorialidade. Para tanto, foram selecionados alguns contextos históricos, sem o propósito de exauri-los. Seguiremos o modelo de entremear o histórico com cenas do Caps, quando assim fizer sentido.

4.1 República, ciência e elite

1) O medo cria diagnóstico

Segundo mês no Caps infantil. Eu já havia perguntado sobre o atendimento de adolescentes que fizessem algum uso de drogas. A resposta dada por uma parte pequena da equipe foi de que não havia esse público e não adiantaria atendê-los, que não seriam perfil para Caps por serem “perversos” e não aderirem ao tratamento. Eles eram encaminhados ao Caps AD da região... lá parecia haver adesão. Em paralelo, um amigo meu da Defensoria Pública conta a uma amiga dele do serviço de Medida Socioeducativa (MSE) da minha região que eu estava trabalhando naquele Caps. Ela liga querendo falar comigo, pedindo ajuda com um menino que fazia uso de algumas drogas ilícitas, não estava bem e não conseguia cumprir a Medida. Após conversar com a equipe presente no momento da ligação, convido-a a ir para o matriciamento, que eu coordenaria naquele mês. Naquela região, as reuniões de matriciamento eram focadas não na UBS e seus serviços, mas nos serviços especializados em saúde mental e reabilitação. Os profissionais de saúde mental das UBSs tinham que fazer malabarismos para estarem presentes em todas. Neste Capsi, apenas uma pessoa era responsável em coordenar essa reunião e eu, recém-chegada, passava a fazer parte da coordenação. Naquele mês, no entanto, eu estaria sozinha nesta função, porque a outra profissional estaria de férias. A reunião seria dali a poucos dias e o menino estava sumido. Durante a reunião de matriciamento, a principal pessoa da equipe que falava sobre o não-perfil-de-Caps-dos-meninos-perversos entra na sala. Tomo cuidado com minhas palavras, mas vou direcionando, indiretamente, junto com as psicólogas das UBSs, a discussão para o atendimento dele pelo Caps. Sentia ter algum apoio invisível dos outros Caps infantis do município. Depois de uma inicial mobilização para a Conferência Nacional que havia sido cancelada logo após o Congresso ter tirado Dilma Roussef da presidência, os Capsi continuaram se reunindo com a Coordenação de Saúde Mental do município. A discussão principal vinha sendo sobre focar mais no atendimento de adolescentes, tendo a redução de danos como ética de cuidado e, também, que os Capsi passassem a ter um “J” no fim (Caps IJ) para

cabem a Juventude desde a placa. Na reunião de matriciamento, minha colega de trabalho, recém-entrada na sala, passa a falar contra uma possível visita domiciliar na casa dele, por ser um lugar perigoso da região. A equipe do MSE dizia já ter ido lá, tinham vínculo com os moradores. Minha colega diz que eles não deveriam ter ido e diz que se ele está sumido, teríamos pouco a colaborar. Fala em tom alto sobre sua compreensão acerca do funcionamento dos meninos que, para ela, impediria um atendimento efetivo. A discussão foi suspensa ali e seguiu por celular. Ocorreram atendimentos em outros momentos que pareciam desfazer estigmas que alguns trabalhadores dali, não todos, tinham sobre o público adolescente que tivesse algum contato com drogas ilícitas. Os atendimentos também faziam descobrirmos pessoas do Caps que já trabalhavam com esse público em outros espaços, sem ser no Caps. Por outro lado, bastava algo dar errado para reforçar todos os estereótipos do senso comum, ressurgindo diagnósticos distantes dos meninos. Os diagnósticos pareciam dizer do medo e do lugar de quem os dava, mais do que sobre os meninos.

2) A reprodução da desigualdade nas relações de trabalho e os “agora vai” que se fecham

Fazia quase um ano que eu estava no Caps IJ. Há meses vínhamos pensando, em equipe, a ideia de uma aproximação com as escolas do território de maneira mais sistemática, que crescia com as discussões presenciais que tivemos nas escolas que visitamos. Essas visitas eram para discutir com professoras/coordenadoras/profissionais interessadas sobre crianças ou adolescentes específicos que tínhamos em comum. Entre as conversas, era frequente uma fala sobre uma solidão que vinha com a tarefa de criar outras histórias para a criança “bagunceira”, “com TDAH”, “briguenta”, “mentirosa”. Na verdade, parecia haver solidão em qualquer história das professoras. Notávamos como as aproximações entre nós ajudavam a repensar práticas no Caps e na escola com a criança. O Naapa³³ da região virara uma parceria importante nesse tempo. Este Naapa tinha reuniões mensais de formação com as escolas e nos chamou para falar do Caps no horário dedicado à formação. Montamos a apresentação durante semanas. Eu estava preocupada com que a equipe inteira se sentisse representada na apresentação. De fato, todas colaboraram, havia espaço reservado na reunião para que eu a mostrasse e a melhorássemos. Mesmo as que não estavam próximas das ações territoriais aprovaram que propuséssemos uma disponibilidade mais sistemática para as escolas. Nossa gestora, por vezes, opinava, mas tinha poucos conhecimentos de saúde mental e não estava bem, vinha há tempos com afastamentos de saúde sucessivos, pouco a víamos. A interlocutora de saúde mental determinou, no entanto, que seria ela, a gestora, a apresentar no dia. Tinham me contado que esta interlocutora a havia nomeado gestora porque esta lhe era fiel e haveria uma desconfiança da interlocutora em relação à equipe do Caps, porque eram muito “rebeldes”. A gestora, no entanto, pediu que eu ficasse no apoio. Tivemos algumas horas naquela semana para que eu revisse a apresentação com ela e explicasse algumas coisas. No dia anterior à apresentação, a gestora faltou, disse ter perdido a voz e que não poderia ir à reunião. Pedimos para irmos mesmo assim, de modo a não perdermos a oportunidade da apresentação. Ela pediu um momento para perguntar à interlocutora de saúde mental, que ligou para o Naapa e cancelou nossa participação. Tudo isso se deu no dia anterior à reunião. A justificativa era de que, para apresentar o Caps, só poderia ser quem estava no papel

³³ O Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem foi criado nos termos do artigo 4º do Decreto nº 55.309 em 17/07/14, implantado em cada uma das Diretorias Regionais de Educação (DRE) com os objetivos de: “I- articular e fortalecer a Rede de Proteção Social no(s) Território(s); II- apoiar e acompanhar as equipes docentes e gestoras no processo de ensino-aprendizagem dos educandos que apresentam dificuldades no processo de escolarização; III- realizar, no NAAPA, avaliação multidisciplinar aos educandos, mediante análise da solicitação da Equipe Gestora”.

de gestora. Soubemos do cancelamento quando o Naapa nos ligou para falar do incômodo com a situação. Uma sensação de “agora vai” foi sucedida por “agora não vai mesmo”. O Naapa teve que achar alguém para falar de um dia para o outro na reunião. Pedimos desculpas, pedimos outra chance. Tínhamos construído bom vínculo com as trabalhadoras do Naapa. No mês seguinte, exatamente a mesma coisa, sem tirar nem pôr, sucedeu. Era junho. O plano de começar o segundo semestre mais próximas das escolas se desfez. Em setembro, a gestora saiu. Antes de entrar outra gestora, marcamos com as escolas da região, as UBSs e o Naapa um encontro “informal” no Caps. Estiveram presentes 16 representantes de diferentes escolas. As formalidades institucionais não estavam ajudando a sair do estático.

A primeira Constituição brasileira data de 1824, promulgada após a Independência do Brasil. Nessa Constituição, estava prevista “instrução primária e gratuita a todos”, complementada por uma lei de 1827 que determinava os ensinamentos que a comporiam, de letras a proporções (JANUZZI, 2012). Algumas gerações depois, em 1878, a população escolarizada no Brasil era de 2%, contando com 15.561 escolas primárias e 175 mil alunos em um universo de 9 milhões de habitantes (JANUZZI, 2012). Esse quadro de restrição quanto a abrangência dos direitos civis e políticos não mudaria com a Proclamação da República, cuja Constituição, em 1891, retirou a obrigação do governo de dar instrução primária e deu direito ao voto apenas aos alfabetizados (RIZZINI, 2008).

Esse dado não pode ser considerado acidente de percurso. O país passara o século XIX, desde a vinda da Corte de Portugal, em tensão com a ideia de abolição da escravatura, em razão de pressões internacionais advindas principalmente da Inglaterra, que a teria abolido em todas suas colônias no início do século. Com um terço da população escrava, o receio do que poderia fazer esta porção de pessoas com a Independência da metrópole e a proibição do tráfico de pessoas aparecia em tensão latente. Sabia-se que, com a proibição do tráfico, viria em seguida a abolição da atividade servil, o que se buscava evitar. Mesmo que já pouco se ousasse defender a escravidão abertamente, as justificativas econômicas, caras a uma oligarquia de fazendeiros e proprietários rurais, sustentavam a aversão à abolição (PRADO JR, 1961).

O que sucede deste momento até a abolição da escravatura é emblemático de muitas das disputas políticas que ocorrerão mais tarde no país: acordos com a Inglaterra de proibição do tráfico de pessoas para não sofrer sanções econômicas, não cumprimento desses acordos, aumento da pressão da Inglaterra, acompanhado de desentendimento dos fazendeiros com os traficantes, seguida de proibição do tráfico em 1850. Chama a atenção aqui que, por mais que fosse o

argumento econômico o discurso usado para justificar o tráfico de pessoas, a abolição desta atividade em realidade diminuiu significativamente os gastos com “importação” e provocou a ativação de negócios em novas atividades comerciais, financeiras e industriais, por deslocamento da mão de obra e capitais antes dedicados ao tráfico, resultando em inaugurações de estradas de ferro e primeiras linhas telegráficas, por exemplo (PRADO JR, 1961).

Da abolição do tráfico à abolição da escravatura transcorreu um tempo descomedidamente mais longo do que muitos calculavam e desejavam, com consideráveis idas e vindas. Fazia-se pressão por mais direitos, legalizava-se medidas aparentemente progressistas, mas longe do necessário, muitas vezes nascidas letra-morta, para conciliar ou acalmar quem pedisse abolição total da escravatura. As conquistas, ainda que pequenas, como a Lei do Ventre Livre de 1871, geravam fortalecimento das reações contrárias apoiadas pelas oligarquias conservadoras, guinando a história para o lado oposto. Não será esse o único momento em que se viverá este pêndulo: diante dos pequenos ganhos progressistas que os reformistas pensariam ser o primeiro passo para mais direitos para a população oprimida, o conservadorismo tende a retomar com força (PRADO JR, 1961).

Em 1895, a lei que liberava os mais velhos de 60 anos expunha a persistência dos conservadores nas mesmas estratégias e foi encarada como sátira. Poucos chegavam a esta idade. A revolta fortaleceu a intensificação da debandada das fazendas escravocratas e os movimentos de resistência. Em 1888 cai o governo escravagista e a Assembleia Geral vota em seus primeiros dias a lei de 13 de maio extinguindo a escravidão no Brasil, mas não garantindo nenhuma política reparadora à população afrodescendente. É neste contexto que são aprovadas legislações que, ao mesmo tempo, só garantem o lugar de cidadão eleitor àqueles que são alfabetizados, e extingue a obrigatoriedade do governo de dar instrução primária.

Do lado da saúde, o Estado brasileiro começará a se preocupar com a saúde da população, sob forma de discurso normativo, a partir da segunda metade do século XIX e início do século XX, dedicando-se a duas áreas específicas: loucura e epidemias (LUZ, 1994). Ares de um entendimento de saúde que extrapola a individualidade a partir de uma *mentalidade sanitária*³⁴ já

³⁴ Ayres (2001) faz cuidadosa retrospectiva sobre como emerge a epidemiologia, analisando, a partir da constituição da saúde pública moderna, suas relações com o espaço público moderno. Estes fenômenos se relacionam com a construção do modo de produção capitalista, com elementos como a divisão de forças de trabalho em composição coletiva e propriedade privada. A partir daí, algumas inflexões: o espaço público que na Grécia era tipicamente o da política e da liberdade, em oposição ao privado que era o da esfera da necessidade e sobrevivência material, passa a ter outro caráter na Idade Média e, depois, com a consolidação de uma ordem burguesa: espaço público de indivíduos

consolidada na Europa atacam nos portos e centros urbanos do Brasil também com a construção de um espaço público comum. Lembrando ainda que nessa época, com a abolição do tráfico, se iniciava o povoamento europeu (e discursos de branqueamento da população) para que imigrantes ocupassem como trabalhadores livres os lugares antes destinados aos escravos, cujo crescimento vegetativo era negativo. Iniciava-se um tímido mercado interno e o país dava seus primeiros passos para um capitalismo incipiente.

A embrionária industrialização tirava da margem aqueles da população que não pertenciam ao binômio senhor-escravo. Um novo meio comum social se formava. Nele, folhetins e imprensas participavam da disputa de uma opinião pública nascente (PRADO JR, 1961). A população se aglomerava nas cidades, cada vez com piores condições sanitárias, resultando na proliferação de epidemias como peste bubônica e malária (BERTOLOZZI, GRECO, 1996). Entre as epidemias e a loucura, há algo similar: embora suas incidências sejam marcadamente maiores nas classes chamadas inferiores, são acometimentos interclasse, não ficam paradas nos cortiços ou nos cantos das ruas. O novo perfil da cidade gerava insegurança (medo!) e, a partir de 1870, as instituições de saúde produzirão discursos sobre a cidade, sobre os costumes, sobre a moral e o que vierem a considerar como causas das moléstias físicas e mentais (LUZ, 1994). Inicia-se uma transição da moral católica à moral higienista dos homens da ciência, mantendo, no entanto, a imposição de um código de conduta (LIMA, 2012).

Para as epidemias, são criados e implantados programas de saúde pública em nível nacional, com Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (LUZ, 1991). Destacam-se, neste momento, as campanhas contra epidemias, inspiradas em táticas bélicas desencadeando revolta na população, principalmente na população de classe inferior (BERTOLOZZI, GRECO, 1996). A tática bélica, de um inimigo comum a ser combatido, também seguirá presente até hoje, sendo a política de saúde mental uma das principais formas políticas de marginalização e exclusão de setores da sociedade (LUZ, 1994).

A história da loucura no Brasil é inaugurada com o asilamento. Uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro averigua, em 1830, a situação dos loucos na cidade e

privados, em que justamente os interesses privados passam a conformar os polos de debates políticos. Com a radicalização das contradições sociais deste modo de produção capitalista, e necessidade de maior controle deste espaço público moderno, provoca-se uma última inflexão cronológica que constitui este espaço: o público coloniza o privado, a partir da industrialização, assalariamento e meios de comunicação em massa. Uma classe passa a dar o tom do “bem comum”. “Os interesses de uma classe encarnam o bem de todos e modulam, dessa forma, a privacidade de cada um” (AYRES, 2001, p. 91).

determina a necessidade de hospitais psiquiátricos. O discurso sobre a loucura se dá no diagnóstico da necessidade de hospital, encaixando-se sob o título de doença mental sobretudo os miseráveis, marginais, “degenerados”, perigosos para a ordem social (COSTA, 1980; AMARANTE, 2014), população que vinha crescendo nos meios urbanos. O medo cria diagnósticos. O conservadorismo não está só nas oligarquias.

Assim como o cuidado individualizado de saúde feito por médicos era direcionado apenas à elite - ou possuía caráter filantrópico nas Santas Casas de Misericórdia- (AZEREDO, 2017), a educação brasileira neste período do século XIX, também é pensada de maneira aristocrática e elitista, marcada por poucas ações planejadas e sistemáticas nas políticas de educação e por uma preferência de investimento no Ensino Superior, com a criação de algumas faculdades ou institutos destinados à elite (ARANHA, 1989). É assim que as primeiras experiências de Educação Especial são atravessadas, de mesmo modo, por este caráter restritivo, sendo conectadas a contatos próximos do Imperador: a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos em 1854 e, em 1857, do Instituto dos Surdos-Mudos (MAGALHÃES, 1913 apud JANUZZI, 2012; MAZZOTA, 2005; BUENO, 1993). Estas experiências não foram replicadas e logo entraram em processo de degeneração.

Tais experiências se assemelham às europeias de então no que diz respeito a um aspecto mais reabilitador do que de instrução das matérias da educação básica. As experiências parisienses, no entanto, com o tempo, transformaram-se em oficinas de trabalho, enquanto as brasileiras, ainda que também tivessem certas oficinas de trabalho (MAZZOTTA, 2005), tenderam a virar asilo de inválidos (BUENO, 1993). E desde aí, com o aspecto assistencial e asilar em comum, a história da atenção à pessoa com deficiência e da loucura se mesclam.

4.2 Prevenção, Infância e Anormalidade

1) O diagnóstico do filho torna o transporte público para filho e mãe

A trabalhadora da recepção estava brigando com alguém. Falava alto ao telefone. Descobrimos que sua interlocutora era uma mãe, porque assim ela a chamava “não, mãe”, “ouve, mãe”. Falava para “a mãe” que ela tinha que priorizar o filho. Apareço na recepção e ela me passa o telefone, quase me jogando. Diz que é “aquela mãe” que já faltou duas vezes sem avisar. Recebo de quebra um comentário-bronca por seguir marcando atendimento com “essas pessoas que não estão interessadas”. Converso com Cláudia, “a mãe”, que fica se explicando e ainda ecoando respostas-trélicas que deveria ter dado à recepcionista. Ela explica que não tinha dinheiro para

o ônibus e nem para ligar e avisar, mas estava ligando agora para explicar e remarcar, pois tinha acabado de receber. Seu filho Jonas tinha dificuldade com as matérias da escola, não estava aprendendo a ler, e vivia algumas situações que o colocavam em risco: brincava muito perto dos carros na rua mesmo após avisos, colocara fogo em um colchão e se intoxicou com a fumaça porque ficou olhando as chamas. Gotas d'água que fizeram sua mãe buscar o Caps. Com essas histórias somadas ao histórico de "falta de oxigênio" no parto, dificuldades na escola com a matéria e para fazer amizades, Jonas já poderia entrar, segundo a psiquiatra, na categoria de Deficiência Intelectual pelo DSM V³⁵. Nos poucos atendimentos que tivemos com Jonas, no entanto, não tínhamos certeza disso. Que um menino pudesse ter tantos acidentes brincando sozinho perto dos carros ou olhando para um colchão pegar fogo apontava a solidão de quem o cuidava. Cláudia não tinha condições financeiras de levar o filho para tantos atendimentos e ele, um menino quieto e cabisbaixo, precisava ser ouvido. O que o diagnóstico faria de diferente? De um aspecto, sabíamos: fosse deficiência intelectual, conseguiria transporte público gratuito. Fosse as hipóteses diagnósticas de outras pessoas da equipe, embora seguisse sendo o mesmo menino com necessidade de acompanhamento, não conseguiria. Conversamos com a mãe. Deficiência intelectual ficou como a primeira hipótese diagnóstica.

A higiene e o olhar médico para a infância têm origens nos mesmos berços discursivos e se fortalecem mutuamente. Embora seja antiga a incidência de literatura endereçada às mulheres sobre a educação dos filhos, a partir de 1885, na Europa, ela passa a ser mais contundente e assumir tom doutoral: tratava-se de, diante dos notáveis índices de mortalidade infantil, ensinar aos “novos bárbaros” – população crescente do espaço urbano que recebia baixos salários, vivia em espaços insalubres e se alimentava precariamente – como cuidar de seus filhos (NOVAES, 2009). Se, no feudalismo, o afeto às crianças se dava de maneira mais difusa, a nova família, moderna e operária, torna-se nuclear, cabendo à mãe o papel de transmitir conhecimento à criança, juntamente com a escola. Nascia aí o Mito da mãe moderna (ARIÈS, 1977 apud NOVAES, 2009), aquela cujo amor pelos filhos passava a ser socialmente exaltado e teria a importância de reduzir a mortalidade infantil, em um Estado em que cada morte passava a ser sentida (BADINTER, 1985). Assim, o olhar moral que responsabiliza o indivíduo por seu adoecimento, já não seria mais por causas divinas, era o mesmo que atribuía aos cuidadores a responsabilidade pelo alto índice de

³⁵ No DSM V, é necessário cumprir com três critérios para o diagnóstico de Deficiência Intelectual: a) déficit nas funções intelectuais (pensamento abstrato, julgamento, aprendizado com experiência, testes de inteligência padronizados, etc.), b) déficit nas funções adaptativas que impeçam de cumprir com os padrões socioculturais e de desenvolvimento para independência e responsabilidade social em atividades diárias como comunicação, participação, vida independente em ambientes como casa, trabalho e comunidade; c) início dos déficits no período de desenvolvimento.

mortalidade infantil, sem considerar as condições precárias de vida da população. Desta maneira, uma ação civilizadora direcionada à população de baixa renda, disseminando as normas de profilaxia, era colocada como necessária. Começava-se uma ideia de preventivismo. A doença ganhava temporalidade com os novos conhecimentos sobre os microrganismos causadores de doenças (pausterismo). A prevenção dos males que acometeriam os futuros trabalhadores reforçava o olhar crescente à infância.

No Brasil do início da República, a puericultura chega principalmente por médicos e instituições particulares e filantrópicas, que contavam inclusive com industriais em suas diretorias, caso do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro fundado em 1899 por Moncorvo Filho, médico propulsor da puericultura no país. Ele, em palestra em 1907, no II Congresso Internacional de Gotas de Leite no Rio de Janeiro, fala de sua “cruzada” com uma “propaganda cerrada de higiene infantil” para solucionar a questão:

O excessivo algarismo de mortalidade talvez encontre explicação numa série de fatores entre os quais relevo notar a ilegitimidade, a falta de educação física, moral e intelectual das mães, a disseminação de muitas afecções e intoxicações como a sífilis, a blenorragia, a tuberculose, a malária, o alcoolismo, os trabalhos excessivos nos últimos meses de gestação... No tocante à primeira idade, além das causas aludidas, deve-se citar a ignorância das mães, que, por esse fator, mais que pela miséria, é a origem da morte de seus filhos em baixa idade, por moléstias do aparelho digestivo e respiratório. (MONCORVO FILHO apud NOVAES, 2009, p. 41).

O sucesso no controle de algumas epidemias com os nascentes institutos de Saúde Pública reiterava a superioridade dos saberes provenientes da Europa e dos Estados Unidos. No discurso da Saúde Pública, não apenas a mortalidade, mas também a deficiência, principalmente a “mental”, era relacionada a problemas básicos de saúde, como a sífilis, a tuberculose, as doenças venéreas, o alcoolismo, falta de higiene, também causadores de nossa degenerescência moral (MENDES, 2010; JANUZZI, 2012).

A degeneração mental ou anormalidade era de interesse dos profissionais de saúde nessa época, assim como a organização da atenção dada por outros profissionais a pessoas com este diagnóstico, incluindo aí a atenção educacional. Exemplo disso é um médico da Inspeção Médico-Escolar do Serviço de Higiene e Saúde Pública³⁶ em 1911 ter sido atribuído a responsabilidade pela criação de classes especiais e formação dos profissionais específicos para os alunos destas

³⁶ Dr. Francisco Sodré em São Paulo.

classes, ou ainda, em 1917, o médico-chefe do Serviço Médico-Escolar de São Paulo ter publicado um texto³⁷ em que determinava que uma das atribuições deste serviço seria a seleção de anormais, a criação de classes e escolas para eles e a orientação técnica para os profissionais que nelas fossem trabalhar. São a medicina e a psicologia que definirão o aluno anormal, trabalharão para a homogeneização das classes e orientarão o trabalho com os anormais. A educação – por orientação da saúde – constituía o critério para a avaliação da anormalidade, pela “seleção empírico-escolar”³⁸. A própria escola fazia a seleção de seus alunos, uma vez que uma lei de 1904 já determinava que não seriam matriculados os incapazes de receber educação (JANUZZI, 2012).

Essa modalidade de junção entre saúde mental e educação já enfrentava críticas na época. Em 1917, o professor Mariano de Oliveira denunciava a “doutrina psicológica” que fazia “muito professor noviço a viver descobrindo por toda a parte casos de anormalidade, com que muita vez cada um encobre e disfarça a incompetência ou a falta de dedicação ao ensino” (OLIVEIRA, 1917 apud JANUZZI, 2012, p.32), denunciando, como os estigmas escolares afetavam a visão que os professores tinham de seus alunos. Esta fala, no entanto, denota rapidamente outras crenças que apareceram nesta história: 1) a de que o aprender trata da relação direta entre aluno e professor e, se ela falha, o problema estaria em uma dessas partes (na defesa do aluno, a frase selecionada de Oliveira incorre em denunciar a incompetência do professor) e 2) a ideia de que haveria uma anormalidade pura em si, que poderia ser apurada com tecnologias mais avançadas um dia: “toda dificuldade presente e que há de desaparecer dentro em pouco, reside no critério para conhecer a anormalidade. Nossas professoras empregam essa expressão sem o menor exame” (OLIVEIRA apud JANUZZI, 2012).

As cruzadas higienistas, os pedidos por classes especiais ou as solicitações por respostas do poder público quanto à “degenerescência moral” apareciam em discussões públicas e em artigos de jornais. Havia especial interesse na educação dos “anormais” justificada pela defesa das contas públicas, uma vez que alguns “anormais” poderiam ser incorporados à força de trabalho, não onerando os cofres públicos em manicômios ou asilos (JANUZZI, 2012).

Há aí a discussão de para que serve uma vida. As mães, passam a ter o ônus social de servir para garantir a mão de obra produtiva. Retomando a vinheta de cena que trazemos sobre Jonas e

³⁷ O texto intitulava-se “Débeis Mentais na escola pública e Higiene escolar e pedagogia” (1917) de Vieira de Mello

³⁸ Em 1912, Clemente Quaglio aplica as escalas de inteligência Binet e Simon baseada em aptidões escolares em escolas públicas e dá força à definição de anormalidade baseada no desempenho pedagógico.

Cláudia: não é que ela é tomada pelo “ela não cuida”, ela é tomada por um discurso do “não servir para cuidar”. Ao produzir ao que elas servem, produzimos aquelas que não servem. Aquilo que produz “uma mãe que não serve” é tomado pela ciência. E remediado com um diagnóstico.

Aqueles que não servem à força produtiva são assunto frequentemente tomado pela saúde. Nesta época, a eugenia era considerada ciência e utilizada por segmentos importantes da saúde. Importantes publicações sobre a história da psiquiatria e da saúde mental no mundo³⁹ e no Brasil⁴⁰ trazem as raízes eugênicas da consolidação social destas áreas e a Liga Brasileira de Higiene Mental, já citada em outros momentos deste trabalho, é caso emblemático neste aspecto.

4.3 Desenvolvimentismo, Educação e Saúde Para Todos: a corrida da periferia para o Centro que reitera o periférico

1) *Vidas periféricas recortadas pelo centro*

Era um Caps em uma região comercial, longe de onde as pessoas moravam, mas perto de um terminal de ônibus. Pela praticidade, muitas pessoas que não eram da região que o Caps cobria, preferiam ir para lá. Porque o Caps era antigo e, por muito tempo, era o único em uma grande região da cidade, seus trabalhadores de mais tempo não pensavam os atendimentos na lógica do território, mas na necessidade ou não de um atendimento mais especializado, com maior atenção. Lucas tinha seis anos e não morava na “região do Caps”: sua UBS perto de casa não era referenciada ao nosso Caps. Mas era muito mais fácil chegar lá do que seria chegar ao Caps de referência. Lucas morava com seu pai e avó, mas era cuidado principalmente por sua avó, Maria. O pai, Antônio, fazia uso abusivo de algumas drogas e pouquíssimas vezes atendia nossos pedidos de ir ao Caps junto com Maria. Tampouco atendia a porta facilmente nas visitas domiciliares, se Maria não estivesse na casa. Lucas não gostava muito de estar longe de sua avó, que fazia tratamento de câncer e eventualmente era agredida por Antônio. O menino tinha um misto de medo e admiração por seu pai. Mancava como ele, mesmo não tendo problemas na perna. Lucas não gostava de ficar muito tempo na escola. Começava a grunhir e a jogar coisas na professora, de acordo com a diretora, depois de pouco tempo em sala de aula. Conseguia estar junto de sua avó logo depois, que parecia sempre cansada, mas muito amorosa com ele. Lucas falava baixinho, de maneira eloquente, quase como um adulto, pedia desculpas constantemente no atendimento individual, mas demorou a falar quando foi colocado no grupo com outras crianças, fazendo eventualmente grunhidos quando contrariado. Não conseguíamos ir à escola com facilidade, mas trocávamos muitos telefonemas. A diretora da escola era muito preocupada com a saúde de Maria, o destino de Lucas em um futuro próximo e com a motivação de suas professoras, que passavam a ter medo dele. Fizemos um relatório que a ajudasse a conseguir acompanhamento para ele. Não conhecíamos o NAAPA ou o CEFAl da região e todas as nossas intenções de ligar ou trocar com estas outras equipes pareciam atravessadas por urgências da nossa região, que contava com órgãos mais próximos e que nos buscavam com alguma frequência. Para acionar a

³⁹ Ver Navarro (2010).

⁴⁰ Ver Costa (1980); Mota, Schraiber (2009); Patto (1984, 1990); Verzolla (2017).

assistência, era também outro fluxo, pois não eram os mesmos órgãos que os da nossa região. Contamos à escola que Lucas gostava de lá e nos dizia o que tinha aprendido. Elas confirmavam que aquela era a matéria da semana, mas pareciam incrédulas que ele lembrasse. A avó de Lucas adoecia, nem sempre conseguia levá-lo à escola ou ao Caps. Certa vez, depois de jogar uma cadeira para o alto, Lucas disse à acompanhante de sala que seria como seu pai, que tinha quebrado seu rádio na noite anterior. Era necessária ação conjunta da saúde com a assistência e educação para ajudar Lucas. A escola tinha os contatos pessoais de algumas de nós. A diretora da escola passava na casa de Lucas nas férias para visitar e ver como estavam. Assim como Lucas, tínhamos outras crianças que eram de outras regiões. As trabalhadoras que estavam há mais tempo no serviço preferiam fazer o trabalho de rede por mais relatórios e menos ligações, visitas, reuniões: a segunda opção exigia muito corpo para muita região diferente, com assistência, educação, saúde e transporte picotados de modo diferente. E muitas urgências importantes e delicadas de vida. Nem sempre havia perna. E a primeira opção era mais formal, deixava claro ao judiciário o que o Caps tinha tentado fazer, caso “algo acontecesse”. Propor-se a ações mais trabalhosas, que não dependessem apenas de nós, gerava facilmente sensação de insuficiência. É claro que fazer essas vidas que deveríamos atender passarem relatório de um lado para o outro tampouco gerava alguma suficiência. No município do Caps em que eu trabalhava antes, as diferentes áreas sociais foram divididas em conjunto a partir do transporte e de como as pessoas ocupavam o território, viviam a vida. Já em São Paulo, as pessoas tinham que se dividir de acordo com as territorializações de cada área social, que raramente coincidiam. As áreas assistenciais que deveriam atender a população pareciam picotar a população por convenções distantes, feitas pelas secretarias, que olhavam mapas em 2D. Vidas periféricas recortadas pelos centros.

O pós-Segunda Guerra no Brasil acompanha o início da Segunda República (1945-1964) com uma nova constituição, obrigatoriedade do ensino primário, internacionalização da economia, entrada do capital estrangeiro (MENDES, 2010), aumento na desigualdade entre grupos sociais e populações (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Nos anos 1950, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal)⁴¹ diagnostica como negativa essa relação entre países centrais e periféricos e, associada à ideia de um planejamento econômico-social na América Latina, propõe soluções para o desenvolvimento dos países periféricos e sua diminuição da dependência em relação aos países centrais, a partir de maior intervenção estatal. Passa a haver a exigência de uma racionalidade macro nas decisões de projetos de desenvolvimento. Uma lógica de crescimento sem considerações distributivas se inicia e, mostrando-se sem êxito, vai sendo substituída pela ideia de um desenvolvimento global, nas diferentes áreas sociais (RIVERA, 1989). Aqui passam a aparecer falas sobre intersetor, também decorrentes de setores mais claramente separados. Esforços de unir o que se separou na ideia.

⁴¹ Criada pelo Conselho Econômico e Social das Ações Unidas em 1948.

Esta discussão sobre diminuir o atraso dos países periféricos em relação ao centro não se concentra apenas na Cepal e nas discussões econômicas, mas se espalha nos – agora – diferentes setores administrativos sociais. Com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) após a segunda guerra, a Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 pela Organização das Nações Unidas, dava início a esse discurso do “para todos”. No Brasil e na América Latina, vão aparecendo movimentos em torno das garantias de direitos, havendo de fundo também a tensão entre socialismo e capitalismo. Também cresce, no entanto, a concentração de renda. Fracassa a tentativa de crescimento econômico por industrialização planejada e substituição de importações (RIVERA, 1989). O discurso e o planejamento para sair da periferia são herdados de discursos do centro, reiterando o lugar de periferia. Movimentos progressistas, no entanto, aproveitavam o momento turbulento para correr atrás das lutas antigas.

Na educação, volta-se a falar de educação para todos com maior ênfase. Em 1956, Anísio Teixeira mostrava-se otimista com o encontro de ministros da Educação em Lima, cujo tema era Educação Universal, Pública e Gratuita para todos. É que este tema parecia ressurgir com força em mais de um lugar, simultaneamente, no Brasil. Em seu texto, ele retoma as aspirações democráticas e de igualdade de oportunidades de educação do início do século, na primeira República, denuncia uma democracia feita para e por poucos e relembra os ideais dos fundadores da educação pública nos países desenvolvidos, que consideravam instrução para todos como base de uma sociedade verdadeiramente democrática. A mensagem para que se retome a corrida pela universalização de uma educação de qualidade trazia urgência e apontava que outras lutas, como voto secreto e universal, igualmente importantes, já tinham sido conquistadas, mas precisariam da educação para atingir seus reais fins. Lembrava que tentativas de fazer a educação para todos foi antes acompanhada de propostas de precarização da educação pública (como diminuição de anos ou horas) e reiterava que o direito à educação pública e universal no Brasil estava quase um século atrasado em relação aos países desenvolvidos, e seria base para alcança-los nos outros aspectos (TEIXEIRA, 1956).

O movimento era amplo, e nesta época cresciam as iniciativas de educação popular, que traziam a importância da experiência do sujeito na educação, a escolarização no ensino fundamental e as matrículas escolares são expandidas às classes populares. Por outro lado, o aumento do número de evasões e fracasso escolar era atrelado a teorias de deficiência intelectual leve e reforçava as justificativas para criação de classes especiais (MENDES, 2010). O discurso

“para todos” não era o suficiente para garantir de que maneira todos teriam educação. Ainda assim, que mais crianças estivessem na educação especial também era resultado de luta de movimentos pela integração destas crianças ao ambiente em que todas as crianças ocupariam (MENDES, 2006).

No âmbito da educação especial, cresciam as iniciativas federais para a educação especial e as instituições dedicadas aos então nomeados débeis mentais se propagavam em proporção notadamente maior em relação a outras deficiências⁴². É fundada, em 1954, a Associação de Pais e Amigos do Excepcional, com grande apoio de Helena Antipoff, e veio a ser a principal instituição particular filantrópica dedicada à população da educação especial. Em 1961, a Lei de Diretrizes e Bases é promulgada, inaugurando uma organização oficial governamental para a educação especial, mas que se dá de modo a deixar a administração primariamente com as instituições particulares filantrópicas, que crescem a partir desta data (MAZZOTA, 2005), dando a cara da educação especial no Brasil: particular e filantrópica.

Se na educação havia essa força de retorno do dever do Estado na universalização do acesso ao ensino primário – mesmo em época de privatizações em nome da estabilidade -, também na saúde se voltava mais a uma atenção integral para a população. Os princípios da Medicina Preventiva, que vinha sendo mais pautada nos países centrais, chegam à América Latina pelos Seminários de Vinã del Mar (1955) e Tehuacan (1956) com o apoio de fundações estadunidenses e da Organização Pan-americana de Saúde (PAIM, 2006). Em sua vinda para a América Latina, medicina comunitária e medicina preventiva se mesclam⁴³, resultando na abertura de departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina e a proposta de rearranjos institucionais para prevenção e promoção da saúde em uma atenção primária.

A noção de Integralidade, cara à saúde até hoje, é herdada deste movimento, que criticava a fragmentação das especialidades médicas e tinha como base teórica a história natural das doenças de Leavell e Clark, passando a falar de multicausalidade das doenças e diferentes níveis de atenção de prevenção (PAIM, 2006). Ainda que considerando saúde aqui como ausência de doença, agora

⁴² Se, em 1941, havia no País 41 instituições para os primeiros, para os últimos havia 26; saltando para uma proporção de 191 para 58, em 1959, e de 861 para 313, em 1969 (BUENO, 1993).

⁴³ Nos Estados Unidos, a Medicina Comunitária era um movimento dedicado a tentar cuidar dos bolsões de miséria que não eram cobertos pela medicina particular. (RIVERA, 1989). Já a Medicina Preventiva era a que trazia a noção de Integralidade, e de diferentes níveis de atenção em saúde para os diferentes tempos da doença (prevenção na atenção primária, secundária, terciária), em uma tentativa de rearranjar a atenção médica a que o Estado se ocupasse da atenção primária. Este movimento se propunha a inculcar valores de ordem preventiva e social no corpo médico através das faculdades de medicina, entendendo o médico como ator de mudança na sociedade (PAIM, 2006). Ao mesmo tempo, este arranjo também servia à ideia de planejamento, com otimização dos recursos e diminuição dos custos.

saúde tratava de um ser humano bio-psicossocial. Com a aposta na formação, o movimento da Medicina preventiva acreditava no corpo médico como agente de mudança social, o que é próprio do pensamento liberal, e não trazia força para efetivar mudanças na assistência em si (PAIM, 2006). No Brasil, foi dos cursos de medicina preventiva que se criou o campo da Saúde Coletiva nos anos 1970, em um esforço de desalienar a saúde, ampliando sua definição.

O golpe militar de 1964 instaurador da ditadura trava mais diretamente esses “perigosos” movimentos “para todos”, como a reforma agrária, citada na Carta de Punta del Este (1961). Caio Prado Jr (2014) escreve depois que a esquerda não deveria ter debitado na parceria com a burguesia e no incentivo de industrialização a esperança de uma sociedade posteriormente igualitária, repetindo aqui o comentário no texto sobre escravidão: que os avanços progressistas trazem forte reação conservadora e não podem ser interpretados como primeiro passo para uma continuidade de aberturas. Em comum com aquela época, também os discursos econômicos justificam movimentos ou, principalmente, conservações.

Durante a ditadura, aumentam os incentivos à educação especial privada (MENDES, 2010) e a história da atenção psiquiátrica passa a ter essa outra co-incidência com a educação especial: a partir de 1965, o governo começa intensa parceria com redes de hospitais privados para o atendimento psiquiátrico, negócio altamente rentável para a iniciativa privada, guardando ainda a assistência manicomial com os maus tratos, a superlotação, o tratamento desumano denunciados por Teixeira Brandão nos anos 1880, por Ulisses Pernambucano nos anos 1920 a 1940 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), e por Nise da Silveira por volta de 1940.

A partir desse momento, no entanto, os leitos de psiquiatria passavam a ser mercadoria e com menor controle do Estado, em um modelo cuja receita dos hospitais psiquiátricos aumentava caso houvesse: mais pacientes, mais dias internados e menos gastos com tecnologias e cuidados. Nos anos seguintes, avançarão as críticas aos maus tratos e à superlotação do modelo privatista, que chegou a responder por 80% dos manicômios do Brasil (TENÓRIO, 2001). A desinstitucionalização e os movimentos de crítica ao modelo psiquiátrico asilar ocorrido em 1950 nos países desenvolvidos ainda demorará 20 anos para ter força no Brasil. É na década de 1970 em que se começa a ver movimentos mais organizados dos trabalhadores da saúde mental e da saúde coletiva, que viriam a ser chamados de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Esses dois movimentos da saúde incorporaram diferentes disciplinas em seus discursos para questionar os arranjos institucionais de até então.

4.4 A saúde ampliada e a educação solitária

1) Para haver apoio da Diretoria Regional de Ensino (DRE) são necessárias comprovações

No Caps, telefone toca. Era “uma moça de uma escola”. Não parece haver grande investigação para saber do que se tratava, a trabalhadora da recepção me busca para me passar o telefone. Fico na dúvida se a atribuição da comunicação se dá a mim porque eu não consigo dizer muitos “nãos” ou se eu ficara no lugar de quem faz contato com escolas. Não consigo pensar se isso é bom ou ruim, nem me vem um jeito bem-humorado de perguntar isso. Apenas atendo. Uma professora de uma escola da região ficou sabendo que a gente estava atendendo dois alunos dela e estava um tanto incomodada porque ainda não tinha recebido “os relatórios” dizendo “o que eles tinham”, mesmo os cuidadores afirmando que vinham ao Caps há muitos meses. Dizia já ter uma ideia do que eles tinham, fala alguns nomes de diagnósticos, mas reiterava precisar dos relatórios para pedir apoio para a DRE.

Ainda que medicina e educação tenham se separado em índices diferentes a partir do olhar desenvolvimentista, há que se lembrar que as políticas educacionais seguiram sendo sobrecodificadas pela saúde até hoje (SILVA; ANGELUCCI, 2018). Peter Conrad define em 1975 como medicalização a individualização de questões sociais, em que determinados comportamentos passam a ser considerados como doença ou questão médica e se demanda ou licencia a profissão médica a prescrever um tratamento, ou o processo que faz ser um problema médico um fenômeno antes não-médico (2007). Foucault define medicalização pelo menos em dois sentidos: “o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR, 2013, p. 1861), processos trazidos no início deste capítulo. Já o segundo trata da não-externalidade da medicina, ou seja, de não haver experiências com o corpo humano que de algum modo não passem pelo saber médico. A definição de Conrad é importante, porque não coloca a medicalização como resultante de ação do poder médico *Versus* uma população passiva, além de salientar a despolitização do comportamento desviante, em consonância com outras definições de medicalização (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR, 2013).

O perigo de que os cuidados médicos entrem na lógica do consumo e que questões de ordem mais ampla sejam entendidas apenas como da assistência médica (ex: índices de mortalidade infantil) eram apontados por Cecília Donnangelo (1976), que era *pedagoga* e professora na Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e uma das construtoras da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva é definida como campo de conhecimento constituído nos anos 1970 e que faz inflexão na saúde pública ao negar às disciplinas biológicas o monopólio do saber em saúde (BIRMAN, 2005), constituindo-se como campo interdisciplinar (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Ao trocar o nome “Público” por “Coletivo”, também há aí uma inflexão que retira o poder hegemônico do Estado de regulação da vida, dando importância à vida social (BIRMAN, 2005). Seria marco conceitual da Saúde Coletiva a “superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310).

Ao serem incorporadas novas disciplinas para o entendimento dos determinantes sociais no processo saúde/doença, cria-se uma “nova positividade” que parece ampliar mais o campo de intervenção da saúde (PAIM, 2006). Ainda que vejamos uma pedagoga como Donnangelo ministrando aula na faculdade de medicina, e artigos de saúde citando teóricos da educação, não há espaço para se pensar que este seria o revés, a reciprocidade, da medicalização: enquanto a entrada das disciplinas na saúde abre as possibilidades de intervenção desta, as disciplinas que vêm compor com a educação parecem colocar os professores em um lugar de não-saber, de necessidade de maior formação (VOLTOLINI, 2016), limitando o que pode a educação por si. No entanto, são muitos os textos na educação, e trouxemos alguns deles até aqui, que apostam na força da educação em si para uma sociedade mais democrática. Tarefa grande. Mas ela sozinha não poderia contra todas as forças que criam a desigualdade (MEDEIROS; BARBOSA, CARVALHAES; 2019).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata tem em sua declaração a reafirmação de que saúde não é mais vista como ausência de doença, mas como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Outros de seus pontos afirmam ser inaceitável a desigualdade na saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e reitera o compromisso de Saúde para todos nos anos 2000 (de 1977), salientando a Atenção Primária como estratégia essencial de saúde e a importância da ação nos outros setores.

No Brasil, houve influências mútuas entre o campo da saúde coletiva e os movimentos pela democracia, como a Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária, ligado à Saúde

Coletiva, tem considerável responsabilidade pela organização da VIII Conferência, em que houve grande participação popular, com direito a chamada para participação dos cidadãos vinda da boca de um personagem da novela Roque Santeiro. Muitos dos planos para a saúde na Constituição de 1988 vieram desta Conferência: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a relevância da participação popular nas políticas de saúde. Na Conferência, a fala de abertura de Sérgio Arouca enfatizava que não há saúde sem democracia e a saúde não poderia ir sozinha, sem os outros setores, nesta luta.

Algo parecido se passa com a Reforma Psiquiátrica, que também se aquece com a luta por uma sociedade democrática: até 1978, os movimentos contrários a como se dava a atenção em saúde mental no Brasil eram majoritariamente de trabalhadores, criticando a privatização, a superlotação e os maus tratos, mas não tão fortemente o modelo psiquiátrico manicomial em si (TENÓRIO, 2002). Em 1979, houve no Brasil um evento com Basaglia e Castel, que teve impacto nos movimentos dos trabalhadores. Começa-se mais fortemente a criticar o modelo asilar onde antes se propunha reformas menores, e vão se juntando à luta os familiares e usuários do sistema de saúde mental. “Inclusão social” aparece no vocabulário dos trabalhadores (DUNKER; KYRILLOS, 2015). A principal reivindicação discursiva passa a ser a cidadania do louco, daquele que antes não poderia falar por si.

O primeiro CAPS, conhecido como CAPS Itapeva, data de 1987 e foi um dos modelos para a construção das novas proposições de cuidado em saúde mental, dentre outros que estavam sendo propostos à época. A atuação dos profissionais que constituíram o CAPS Itapeva naquele momento se propunha, em consonância com um movimento mais hegemônico na Reforma Psiquiátrica, a ser uma terceira via entre a Psiquiatria Democrática Italiana e a Psicologia Institucional Francesa (GOLDBERG, 1996).

Jairo Goldberg diferencia, contando sobre as práticas na construção da instituição CAPS, *grossíssimo modo*, da seguinte forma: que a experiência italiana, cujo maior expoente seria Basaglia com sua experiência em Gorizia, seria mais questionadora da instituição psiquiátrica, propondo novas formas de abordagem da loucura, de cunho mais comunitário; enquanto a Psicologia Institucional, cujas referências são Tosquelles e Jean Oury em La Borde, seria uma linha que não propõe o fim das instituições psiquiátricas como *locus* da atenção à loucura, não questiona a existência da doença mental, mas propõe uma instituição a partir de alguns axiomas: liberdade de circulação, oficinas e grupos, acolhimento permanente. Axiomas estes que provocam,

ou pretendem provocar, quebras de paradigmas nas instituições psiquiátricas (GOLDBERG, 1996; NADER, 2017).

O projeto da Reforma dizia para além do que eu pude salientar aqui sobre a construção dos Caps, e há muitos autores que contam esta história⁴⁴ nada homogênea ou simples: havia uma proposta de remodelar a cidade, para que a loucura circulasse, que os adultos loucos não fossem só loucos. Era necessário e constituinte da Reforma que o setor saúde não ficasse apenas com os saberes biológicos. Quando chega o momento de construção da Constituição de 1988, a saúde já tinha algum acúmulo de discussão sobre intersectorialidade em relação aos outros setores (MONNERAT; SOUZA, 2011). Já quando buscamos o discurso sobre intersectorialidade na educação, as revisões bibliográficas trazem o ano de 2007 como marco, ano do Plano de Metas de Compromisso Todos pela Educação, dos quais um dos resultados foi o Programa Mais Educação, que propunha ampliar as atividades da escola com ações intersectoriais dentro dela, no contraturno das aulas, e tinha como projeto considerar a comunidade e território do entorno (CORÁ; TRINDADE, 2015; FALER; BELLINI, 2016)⁴⁵. Na intersectorialidade, a saúde parece se espalhar, enquanto a educação amplia suas funções com outras áreas adentrando seus espaços.

Mas a intersectorialidade é tema recente e muito discutido nos artigos de gestão pública porque ainda sem muitos consensos sobre sua operacionalização prática (CARMO; GUIARDI, 2017; AKERMAN ET. AT, 2014a) Na saúde mental, a intersectorialidade passa a figurar nos documentos ao mesmo momento em que a infância e juventude ganham foco, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental **Intersectorial** em 2010, quando se percebe a necessidade de ampliar os olhares da Reforma Psiquiátrica. Para que se chegasse até aí, alguns marcos são reconhecidos. A Convenção Internacional dos Direitos da Criança na ONU, de 1989, da qual o Brasil foi signatário, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a III Conferência Nacional de Saúde Mental, (2001) que convocava o Estado a pensar urgentemente a atenção psicossocial para crianças e adolescentes, e a resposta à urgência, a Lei 336/2002, que definia o equipamento de saúde mental substitutivo aos manicômios: o Caps. Foi a primeira vez que houve uma normatização nacional do cuidado para infância e juventude em saúde mental. Como dito anteriormente, parece ser consenso entre os que escrevem esta história que houve um atraso no campo da luta antimanicomial para

⁴⁴ Tenório (2006), Amarante (2014), Nader (2017)

⁴⁵ Recomenda-se a dissertação de mestrado de Zapletal (2017) para saber mais acerca dos entraves e materializações desse projeto.

olhar a infância e juventude enquanto área para a qual voltar ações prioritárias (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008)⁴⁶. O modelo de CAPS infantil, hoje CAPSinfantojuvenil (CAPSij)⁴⁷, na cidade de São Paulo, foi copiado a partir do modelo adulto, o que impõe aos que vão trabalhar na área da infância e juventude o desafio de criar dispositivos e configurações de trabalho que façam sentido e partam da infância e juventude em si.

4.5 Infância e Intersetorialidade

1) *Trabalhar em um Caps IJ convoca ao fora*

Quem está acostumado com os Caps de adultos e entra em um de crianças e adolescentes, não raramente, estranha. Um Caps Infantil tem muitas cores, pinturas, jogos, bolas. Quem trabalha lá perde suas roupas para o spray, a tinta, o glitter, o slime, e o excesso de chão nas brincadeiras. Nas festas juninas, o trabalho de pensar brincadeiras e surpresas é sempre recompensado com muitos olhos brilhando, cartas densas e profundas do correio elegante dos adolescentes, surpresas de interações de quem ninguém esperava. Quando um profissional sai da reunião de equipe, ainda que ela tenha sido tensa, tem que estar preparado para abrir a porta e encontrar um adolescente pedindo a bola, ou uma criança pequena que esperava para pegar sua mão e ir logo à sala de atendimento, ou um grupo de crianças esperando você os ver para gritar “se esconde!” e sair correndo. É certo que as reuniões também podem ser interrompidas por crises e desentendimentos entre aqueles que estão do lado de fora da porta. Isto talvez não varie tanto de um tipo de Caps para outro: a ilusão de que os fogos das urgências apagam possibilidades de grandes planejamentos que um dia poderiam vir a acontecer, mesmo havendo muita estrutura para o não planejado das crises, em comparação com qualquer outra unidade de saúde.

Um Caps infantojuvenil tem menos gente circulando do que um Caps Adulto. Primeiro, porque adultos podem ser entre vinte e trinta em um grupo terapêutico, construindo uma convivência ora mais, ora menos terapêutica. Com crianças e adolescentes, o íntimo se espalha e é preciso que haja menos gente em uma sala para que se possa olhar cuidadosamente cada um. Segundo, porque crianças e adolescentes têm políticas que garantem que eles tenham mais lugares a ocupar na vida que o Caps, como educação e bem-estar. Os adultos podem ser sozinhos no mundo. Uma criança já vem com pelo menos um responsável legal por ela. Crianças e adolescentes estão na escola, no trabalho dos pais, no Serviço de Acolhimento Institucional (Saica), no parque, na praça, com a vizinha, com a família, na instituição de contraturno da escola. E esses lugares todos vêm falar com o Caps sobre algo que não está indo bem, que está difícil. No Caps Adulto, os usuários mais antigos são aqueles que cresceram e viveram em hospitais psiquiátricos. Muitos

⁴⁶ Para maior compreensão sobre este fenômeno, ver Vicentin (2006)

⁴⁷ No ano de 2016, os CAPSi do Município de São Paulo iniciaram um movimento de Encontros Municipais para a Conferência de Saúde Mental da Infância e Juventude que, após o golpe constitucional, foi cancelada. Os CAPSi paulistas, no entanto e com apoio da gestão municipal na época, seguiram os encontros com frequência mensal. Havia uma militância para que a juventude não fosse excluída das ações dos então CAPSi e fosse simbolicamente incluída no nome: CAPSij, o que foi oficializado com a portaria 2311/2016.

não têm outro lugar a não ser o Caps. O Caps Adulto onde fiz aprimoramento tinha o imperativo para si de desenCapsular-se: era preciso desfazer os muros, e esse imperativo aparecia em muitas reuniões. No Caps Infantil, a circulação das crianças impede que os muros se ergam –nesse sentido, pelo menos.

Atenção Psicossocial não cabe só na saúde mental, e no documento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, ela se espalha por outras áreas. No entanto, com a Saúde Mental ainda figurando lugar central nesta relação, com propostas como Fórum Intersetorial sobre Saúde Mental. O uso do adversativo na última frase traz uma questão importante que também teve seu lugar de discussão: a intersectorialidade esvaziaria os setores? No geral, a resposta que se dá é que não (AKERMAN ET AL, 2014a), inclusive, etiologicamente, há que se ter os setores para se ter o “inter”. Mas a “intersectorialidade” não deixa de evidenciar que separamos caixas em uma realidade não fragmentada a princípio, e agora retorna a pedir costura (MONNERAT; SOUZA, 2011). Uma solução discutida é focar as políticas nas populações. A secretaria executiva de Saúde em 2014 ainda acrescentaria, em um painel mediado por Akerman (AKERMAN ET AL, 2014b): a intersectorialidade se convoca e atua quando focamos em pessoas, problemas e eventos. O secretário do Ministério do Desenvolvimento Social respondia neste mesmo evento: foi com o retorno (“*feedback*”) da “ponta” que o Ministério resultante da junção de dois outros (assistência social e transferência de renda), conseguiu passar a falar a mesma língua e a se integrar.

A saúde tem uma língua construída em comum inclusive sobre o compartilhar, a partir dos dispositivos de equipe de referência e matriciamento (CAMPOS, 1999). Mas para que a saúde mental conseguisse sair de sua caixinha para a caixona-saúde com mais força também foram necessárias revisões e reafirmações. Em 2011, a lei nº 3088/11 definia a rede de atenção psicossocial (RAPS) apontando sete pontos na rede de saúde que participariam do cuidado em saúde mental. Legitimava-se a discussão sobre corresponsabilização por pessoas atendidas “na” saúde mental. Reitera-se, que ninguém seria de um serviço *ou* de outro. O adulto dito louco é um adulto, a criança marcada como transtornada é uma criança, e ambos têm corpo para além da cabeça. E ainda: as outras pessoas que não têm etiquetas e têm corpo, atendidas na atenção primária, também têm uma saúde mental a ser olhada. Estas normativas engajavam outras aberturas.

Em 2014, o Ministério da Saúde lançava, em conjunto com o Conselho Nacional do Ministério Público, o Documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS – Tecendo Redes para Garantir Direitos”, a partir de encontros entre estes dois setores e com

validação por consulta pública, em que reafirmava a importância da RAPS e outras redes além da saúde tanto para trabalhadores da saúde quanto para servidores da justiça (promotores de justiça, juízes, defensores públicos, por exemplo). Era necessário afirmar a rede de atenção psicossocial também para os pontos fora da lista da RAPS, que diretamente trabalhavam com as garantias de direitos. Afinal, as urgências para olhar para a infância e juventude também vinham dos apontamentos sobre os efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes, desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 (ZANIANI; LUZIO, 2014).

Com esta história, dá-se a ver que a intersetorialidade buscada pela saúde não é apenas um encontro entre setores. É uma intersetorialidade com um princípio de fundo, descrito frequentemente como o da equidade (CARMO; GUIZARDI, 2017; AKERMAN ET AL, 2014a). Em revisões bibliográficas sobre o tema, encontramos que intersetorialidade é conceito polissêmico, e utilizado de maneiras diferentes em artigos acadêmicos que tratem tanto sobre o conceito na política pública como sobre experiências e entendimentos sobre intersetor a partir principalmente de entrevistas com trabalhadores da “ponta”. Intersetorialidade é diretriz que vem de dois setores, na verdade: saúde (SUS) e assistência social, pelo SUAS, cujo sistema único se inspira no SUS. Assistência e saúde que, junto com a previdência social, compõem a Seguridade Social desde a Constituição de 1988. Áreas estas que, inclusive, tiveram resistências em ser ministério único, com receio de haver perda de orçamento e de identidade próprias, principalmente por parte da saúde, segundo Monnerat e Souza (2011).

Para as autoras, esta separação de ministérios teria acarretado na perda de uma identificação entre as áreas e entrosamento conjunto para que não fossem perdendo orçamento. Anos mais tarde, temos a posição confortável de saber novos enredos e repensar. Será que teria sido o fato de estarem mais unidas que geraria maior êxito na resistência efetiva em relação aos avanços neoliberais e a esta nova onda de questionamento sobre o papel do Estado⁴⁸? Ou ainda: será que teriam entrosamento conjunto? Lembremos rapidamente de um episódio do Ministério de Saúde. Enquanto a área da Saúde Mental organizava o documento “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” (2015) com encontros e consulta pública, a

⁴⁸ Akerman et al. (2014) citam o trabalho de Peter Evans sobre o Estado como problema e solução, em que este diria que discursivamente passamos na história por alguns momentos em relação ao Estado: um primeiro em que se definem agendas para além da capacidade do Estado, um segundo em que se culpa o Estado em si por não atingir a agenda, desmantelando-o, e um terceiro, em que se percebe que não era necessário desmantelamento, mas reestruturação.

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência passou na frente e publicou um documento chamado “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”(2014). Para quem trabalha na ponta, não foi fácil entender essa sobreposição de documentos. As Linhas de Cuidado vinham sendo respostas a novas tentativas de integralidade do cuidado⁴⁹, enquanto o documento da Reabilitação usava palavras de intervenções mais focadas no indivíduo. Nós do Caps chegamos a nos reunir com o CER para pensar uma apresentação conjunta para as UBSs sobre que especificidades definiriam que uma pessoa com TEA iria para a reabilitação ou para a saúde mental, e fomos ler os documentos. Não conseguimos chegar a conclusão alguma, até descobrir, um dia, essas separações por trás dos documentos. Como Akerman brincou no painel entre representantes de Ministérios (AKERMAN ET AL, 2014b): temos um Sistema Único de Saúde, mas não um Ministério único de Saúde.

A intersetorialidade vem de separações e também se separa em variadas convocações. Vem como ferramenta-solução, como paradigma, como estratégia (CARMO; GUIZARDI, 2017). É utilizada – e, para as autoras, *pode* ser utilizada – para tratar de momentos desde a “ponta” à gestão. Para elas, “trata-se de considerar intersetorialidade como a articulação entre diferentes saberes e experiências que se integram sinergicamente nas etapas do ciclo das políticas públicas com vistas a atingir patamares de melhor desenvolvimento social” (Carmo, Guizardi, 2017, p.1273).

Para Akerman et al. (2014b), a razão de ser de processos intersetoriais aparece na possibilidade de “estabelecer processos de gestão inovadores e mais integrados” (p.4294). Os autores nos trazem a pesquisa de Shankardass et al. (2012), que se tratava de revisão bibliográfica sobre intersetorialidade em que, de 5234 artigos sobre ação governamental intersetorial até 60 anos antes, apenas 16% chegaram a ter “mecanismos de integração de objetivos, processos administrativos e financiamento. Os outros 84% estabeleceram algum tipo de compartilhamento de informação, cooperação e coordenação”, mas não chegaram à razão de ser do intersetorial. No entanto, talvez esses dados sirvam a compor com o que trazem Carmo e Guizardi (2017): a intersetorialidade é mais contextual, menos processual. De todos os modos, se esperamos mais ou menos de uma realidade para considera-la intersetorial, alguns apontamentos ajudam a pensar caminhos que possamos por aqui trilhar.

Primeiramente, é frequente ler que a segmentação dos saberes nas formações dos profissionais contribui para a sectarização das áreas de atuação (MONNERAT; SOUZA, 2011;

⁴⁹ Ver Kalichman e Ayres (2016)

CARVALHO; CAVALCANTI, 2013). Como resposta – ou remediação – salienta-se a importância de uma atitude valorativa quanto aos diferentes saberes (CARMO; GUIZARDI, 2017). Também é comum, na temática acerca de soluções, ser mencionada a importância da comunicação, aparecendo mais de uma vez expressões que remetessem a línguas diferentes sendo faladas ou poder falar uma mesma língua (AKERMAN, ET. AL, 2014a; AKERMAN ET AL, 2014b, TAÑO, 2016; CARMO; GUIZARDI, 2017), apontando também para as trajetórias institucionais distintas de cada área como fator desafiador para o encontro entre elas. Carmo e Guizardi (2017) ainda identificam como barreiras para ações intersetoriais o “insulamento dos trabalhadores da burocracia estatal” e a tendência à resistência e hierarquia entre setores, pontuando que instituições fragilizadas ajudam a tender para ações intersetoriais com base em relações pessoais e com pouca concretude e continuidade. Daqui, ficou a questão se de algum modo a aproximação entre setores não depende de atores que terminam por desenvolver algum laço pessoal de todo modo, considerando também que as intersetorialidades na realidade material têm se dado mais por contexto do que por processo, como dito anteriormente.

Akerman et al. (2014a) avisam algo essencial a se considerar: que a intersetorialidade em si não garante equidade, uma vez que não está isenta de sofrer os mecanismos de poder da sociedade, mas Carmo e Guizardi salientam que a participação popular em conjunto com ação intersetorial pode facilitar maior equidade – aprendizados das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas, mas nem sempre alcançados. Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial (2010), um dos Princípios e Diretrizes Gerais indicava a “reativação” dos conselhos gestores das unidades de saúde e, pelo menos até há pouco, o esvaziamento da participação popular também era tema de artigos acadêmicos (CARVALHO, 2007; GERSHMAN, 1995). No entanto, algo que se concorda também com frequência, e que nos interessa aqui, é sobre a necessidade de mais discussão concernente à operacionalização prática deste conceito (MONNERAT; SOUZA, 2011; CARVALHO; CAVALCANTI, 2013; CARMO; GUIZARDI, 2017) e teorias que o ponham como categoria de pesquisa e avaliação (AKERMAN, 2014a)

Voltando à infância, uma revisão bibliográfica (ZANIANI; LUZIO; 2014) sobre experiências em Caps infantis expunha que muito se falava sobre intersetorialidade e rede, mas poucas ações de fato envolviam outros setores na prática, permanecendo ainda a primazia do atendimento clínico e individualizado. O estudo segue caminho notando a escola como protagonista em muitos relatos, mas como aquela que encaminha ou valida/desvalida um

diagnóstico dado, apontando também que os Capsi, para solucionar conflitos no contexto escolar, “usavam de medicalização”.

Alguns anos depois, em uma pesquisa publicada recentemente (TAÑO; MATSUKURA, 2019), o cenário parece já ser outro quanto às ações intersetoriais pelo que se apreende dos Caps na metodologia utilizada, mas nem tanto na relação com as escolas. Na pesquisa, escolas e UBS's despontavam como as que mais encaminhavam pessoas para o maior número de Capsij. Esse dado não revela muito sobre a relação com estas instituições em si. No entanto, como os participantes disseram que no geral tinham mais contato com as instituições que mais encaminham, as autoras concluem que este dado faria sentido com a literatura que apresenta saúde, educação e assistência social como os setores que mais apoiam ações em conjunto. No entanto, no momento de se falar das dificuldades das ações conjuntas, as escolas aparecem em terceiro lugar com itens como “tempo da escola é diferente do tempo da criança”, “falta de preparo dos professores para o trabalho com alunos de diferentes demandas”, “solicitação de laudos que justifiquem o afastamento da escola/redução do horário”, “discurso de medicalização” por parte da escola, “quebra do paradigma de exclusão na escola”. Dentro das outras categorias, dificuldades que também são passíveis de tratar sobre a relação com as escolas, mas não apenas, aparecem, como “cobrança quanto à definição rápida do diagnóstico” ou “solicitações centradas no encaminhamento para atendimento médico”.

A dificuldade em ações conjuntas com as escolas chama também a atenção das autoras. Analisam elas que a maioria dos Caps pesquisados (80%) têm pelo menos mais de 5 anos em funcionamento. Deste modo, as dificuldades com as escolas não são novas e dizem também das relações que os Capsij conseguem atuar com estas instituições. Desta maneira, em consonância com o material até aqui trazido, entendemos que há alguma relevância em analisar as operacionalizações práticas nas relações entre Capsij e escolas. Consideraremos que, embora a experiência que traremos mais profundamente no próximo capítulo seja feita a partir do contexto – e não processual –, garantida mais por relações pessoais entre instituições – que se construíram ao longo das tentativas, erros e acasos profissionais –, sem necessariamente objetivos em comum entre as duas áreas, sem garantias de continuidade, e partindo da saúde, entendemos que os problemas que traremos aqui sobre os encontros com as escolas são concernentes aos problemas e caminhos pelos quais se enveredam as discussões sobre intersectorialidade tal como ela se dá. E as perguntas que dela partem também nos guiam.

5 MOSAICOS DE UMA PRÁTICA – ANÁLISES NARRATIVAS

Como introduzido anteriormente, após o trabalho no Caps AD, que possibilitou viver o encontro com Matheus e pensar as práticas com as escolas, fui trabalhar em um Caps IJ da administração direta de São Paulo. Este capítulo se dedicará a apresentar experiências neste Caps referentes ao encontro da saúde mental com a educação. Esse Caps tem história antiga, tendo sido direcionado à clínica de saúde mental infantojuvenil, mas sofrendo as mudanças de nomes e configurações institucionais de acordo com os arranjos políticos. Alguns profissionais estão lá há muitos anos, dedicando-se a esta área de atuação, lembrando recorrentemente a história que precede o “advento Caps”, para as profissionais mais novas, que foram chegando conforme abriam-se concursos públicos para a Saúde. Existem intervalos geracionais grandes entre as trabalhadoras, uma vez que a abertura de concursos só se deu em governos específicos, com discursos mais à esquerda, e com alguma distância temporal entre um e outro.

Recapitularemos um pouco sobre o Caps IJ em que se deram os encontros com a educação. Nesse Caps IJ, a equipe era muito comprometida em não silenciar com medicações ou discursos únicos as crianças e adolescentes atendidos. Era um Caps com profissionais que, nas discussões de equipe, colocavam-se a favor da reforma psiquiátrica e contra diagnósticos como práticas em si, em que a médica psiquiatra pouco medicava e muito fazia em conjunto com as outras trabalhadoras da equipe. Era uma equipe que recebia de maneira diferente os atendimentos que suscitavam enunciados primeiros já de algum sofrimento psíquico (depressão, tentativa de suicídio, cutting, psicose, autismo, uso abusivo de substâncias psicoativas) em comparação com os que vinham com encaminhamento, normalmente da escola, com queixas sobre comportamento e pedido de avaliação: eram mais receptivos à primeira situação e incomodavam-se com uma maneira de falar sobre crianças e adolescentes que, elas escutavam, pareciam entendê-los como objetos que não faziam exatamente aquilo para o qual haviam sido programados pelos adultos, independente das ações desses adultos em relação a eles. No entanto, corriam o risco de transferir aos trabalhadores das escolas a mesma visão que neles criticavam.

A conversa com as escolas era normalmente feita através de relatórios ou ligações, nos quais contava-se especificamente os processos da pessoa atendida no Caps, empenhando-se em não totalizar o que se via naquele momento e local para outras situações, não “expor muito” em um relatório que ficaria registrado atemporalmente, acompanhando toda uma vida, e ressaltando

os pontos de potência de cada um. Nem todos os casos eram assim, nem todos os técnicos eram assim, mas estas práticas funcionavam como se fossem naturais, sem que houvesse grandes discussões coletivas sobre isso.

Como descrito anteriormente, este Caps situava-se longe de parte grande das moradias das pessoas de quem cuidava, instalado em uma área comercial central. Também, por antigamente ter sido o único Caps de uma grande área, suas trabalhadoras olhavam mais para a necessidade de cuidado de cada caso do que para seu território de pertencimento. Então, diferentemente de muitos Caps, o cuidado não era baseado na comunidade, mas apenas em um território convencional, usado para definir quais equipamentos se refeririam necessariamente a este Caps. Dessa maneira, seu funcionamento parecia um tanto longe do tempo dos outros equipamentos da saúde mental com os quais conversávamos, guardando bastante semelhança com um ambulatório.

Diante dos relatórios e práticas que negavam tácita ou mais diretamente os pedidos de remédios e diagnósticos, o território foi criando estratégias em resposta a esta maneira de se colocar desta equipe do Caps: os Saicas buscavam médicos voluntários que medicavam as crianças e adolescentes, sem nenhum acompanhamento longitudinal, já as escolas refaziam seus encaminhamentos a especialidades ou exames cujos nomes remetesse mais ao orgânico, tais como neurologista, neuropsicóloga, geneticista, exame de tomografia ou ressonância. A postura da equipe, apesar de seu olhar cuidadoso para com a infância e a adolescência, não tensionava os discursos e práticas sobre as crianças e adolescentes do território, não abria outras possibilidades de relação.

Sendo uma equipe distante intergeracionalmente e muito comprometida discursivamente com as desinstitucionalizações, foi possível que um fenômeno, não sem embates, se desse: que as trabalhadoras mais novas conseguissem se deixar entrar em contato com o entendimento de que aquilo que elas propunham como nova prática não era tão nova assim, tinha grandes raízes, e que as trabalhadoras antigas aceitassem e endossassem que se tentasse mais uma vez algo “novo” de novo.

Foi neste contexto que tanto esta equipe quanto as trabalhadoras das UBSs do território (também em maioria da administração direta e vivendo as mesmas questões com os recursos humanos) engrossaram o projeto que propusemos, a partir de conversas com trabalhadoras da educação, em que tínhamos um espaço específico para o encontro com as escolas da região para

discutir, criar e desfazer práticas e saberes dos dois lados – saúde e educação -, a fim de que este encontro proposto propiciasse outros encontros com a escola que não apenas o institucionalizado.

Foram se constituindo, a partir da combinação entre as pesquisas teóricas e a constante discussão com a equipe do CAPS e de algumas escolas mais próximas, alguns entendimentos que precederam a construção deste espaço. Entendia-se que um grupo ou instituição tem tendências que podem fazê-lo se afastar do objetivo primeiro para o qual foi criado (BLEGER, 1991). Entendia-se que este afastamento, de certo modo, serviria ao grupo, que teria sua razão para continuar existindo sendo reeditada nele mesmo: daí a máxima, muitas vezes repetida nas instituições de saúde mental, de que as instituições padecem daquilo de que tentam cuidar (BLEGER, 1991). Dessa maneira, responsabilizar apenas algum elemento específico da instituição, uma pessoa ou um grupo de pessoas, por algo que não acontece *como deveria acontecer* não faz acessar os movimentos que interessariam àquele grupo como um todo.

Assim, um Caps IJ comprometido com que as diferenças caibam e sejam legítimas no mundo não conseguirá acessar seus projetos buscando a exclusão ou silenciamento de um trabalhador da própria equipe ou de alguma instituição que seria parceira neste projeto – como a escola. Esse entendimento foi melhor corporificado nas práticas a partir de sua localização na discussão da ética inclusiva, já trazida anteriormente, que propõe propiciar, em termos de gestão, uma educação inclusiva ouvindo os trabalhadores que estão na lida diária com este projeto, sem considera-los obstáculos para um projeto ideal (SEKKEL; ZANELATO; BRANDÃO, 2018).

Havia também alguma familiaridade com a discussão da escuta de professores a partir da psicanálise. Dessa maneira, entendia-se que o educar guarda uma relação complexa, um dos atos impossíveis para Freud (KUPFER, 1997), que não depende apenas da soma positiva entre os elementos isolados “professor” e “aluno”. O movimento que tenta abrir a múltiplas determinações do fracasso escolar não alcança maior entendimento sobre o fenômeno se termina por responsabilizar o professor e sua formação pelo que não se deu, entendendo que a solução única e final seria formar e informar melhor o professor, sem considerar a maneira como se estabelece a necessidade de formação e informação, a relação com o aluno (VOLTOLINI, 2017) e as relações em jogo na produção institucional. Assim, não interessaria aos trabalhadores da saúde que o encontro proposto com os educadores se desse na forma de oferta de respostas proferidas para os não-saberes dos professores (BASTOS, 2006), ainda que fosse via negação de um entendimento medicalizador.

Estes entendimentos da psicanálise que tanto colaboraram para pensar a proposta do encontro com a educação, não davam conta, no entanto de embasar inteiramente a prática deste encontro proposto, uma vez que um equipamento de saúde pública tem outra história, desenho e comprometimento com a discussão do público, do coletivo e da democracia. A relação entre um equipamento de saúde e de uma escola se dá através da insígnia da intersetorialidade. Dessa maneira, cunhar uma prática em que a saúde intervém nas outras áreas implica pensar a necessária formação contínua da área da saúde (MEHRY, 2017) em que os trabalhadores reveem e repensam suas práticas, em que o foco do trabalho são os sujeitos. Os encontros da saúde com a educação colocam em análise as ações da Saúde. Traremos, a seguir, as narrativas sobre esses encontros e os movimentos que propiciaram.

5.1 Dos corpos que fazem a rede

Propor o encontro com as escolas foi uma ideia que se construiu por meses, quase um ano, até ser colocada em prática. Muitos encontros antes dele o compuseram, até que se tivesse um tanto de indicações de que era o que faria sentido – portanto, o que era possível - naquele CAPS, território e momento, para que alcançássemos melhor diálogo entre os setores saúde e educação afim de efetivar linhas de cuidado para a infância e juventude que corroborassem com menos fragmentações e marginalizações.

Aparentemente era consenso entre a maioria da equipe que a discussão com profissionais de diferentes formações ajudava a pensar os próximos passos em um atendimento. Poderia haver discordâncias sobre o formato mais apropriado, mas não sobre a premissa de que nossas formações só alcançam parcelas de visões sobre o ser humano e, portanto, para um atendimento integral, era necessário construir uma ação conjunta. Havia um acúmulo histórico de tecnologias na saúde neste sentido, como trazido anteriormente⁵⁰. Na prática, claro, reunir-se com pessoas de fora do Caps exigia rearranjos de toda a equipe: alguém estenderia o horário de trabalho, almoçaria em dez minutos, outra ficaria com um grupo grande de crianças para si, torcendo para não chegar alguém para acolhimento, e algum atendimento seria remarcado.

⁵⁰ Embora a integralidade seja um dos princípios do SUS a partir de 1988, noções afins surgem no debate acadêmico sobre saúde desde os anos 1950/60, a princípio nas ideias de integração de serviços e atenção integral, trazidas dos Estados Unidos. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Para as professoras, no entanto, parecia ser ainda mais difícil sair da sala de aula com o fim de trocar sobre dificuldades e possibilidades de determinado aluno. Reunir-se, discutir sobre uma criança ou adolescente parecia ser atividade externa ao trabalho. Lembremos que quando a Educação vai falar de intersetorialidade, isso se dá muitos anos depois da Constituição, em 2007, e o resultado é um projeto sobre “mais educação”⁵¹, com a ideia de trazer outros setores para dentro da escola. Não parece ter momento para caber discussão, o que talvez demonstre que há poucos espaços para a dúvida.

Normalmente, era mais possível encontrar-se com uma professora em duas conjunturas: ou quando as situações com a criança/adolescente tinham extrapolado o que se determinou como limite naquelas relações, ou quando havia uma espécie de cultura de diálogo naquela determinada escola, muitas vezes facilitado pelo apoio de uma diretora ou coordenadora que afirmava – e pareciam precisar afirmar ativamente – a importância desse espaço de troca. De todo modo, nas falas das professoras, era frequente os derivados da palavra solidão. E pronomes possessivos para muita coisa: minha turma, meu aluno, minha atividade. Nós, no Caps, fazíamos grupos de 5 a 6 crianças normalmente com uma profissional de dupla, que eventualmente alternava os atendimentos com a família, e já parecia bastante criança: olhar cada uma, pensar atividades a partir do que cada uma e seu entorno trazem. Já as professoras tinham uma turma inteira de 30 crianças que eram “delas”⁵² para ensinar. Com as professoras que pediam ou aceitavam conversa, se combinássemos de ir à escola, as janelas livres que tinham eram de minutos, e não era possível muito atraso. No Caps, estávamos um tanto mais acostumadas com pessoas atrasando para os atendimentos, emergências entre um atendimento ou outro que postergassem um pouco o começo do segundo atendimento.

⁵¹ O Projeto “Mais Educação” propunha oferecer educação em tempo integral em pelo menos metade das escolas públicas e estimular articulação das escolas com outros espaços educativos e desenvolvimento de atividades extracurriculares (ZAPLETAL, 2017). Os artigos “Intersetorialidade e Vulnerabilidade no Contexto da Educação Integral” (Corá; Trindade, 2015) e “Intersetorialidade e Políticas Públicas de Educação: articulações e debates” (Faler; Bellini; Scherer; Machado; Gomes, 2016) podem ajudar a entender como este projeto é atravessado pelo discurso da intersetorialidade. Para não olhar esse projeto com o olhar simplificado que colocamos aqui, vale muitíssimo a leitura da dissertação de mestrado “Ampliação da jornada escolar: mais aprendizagem de quê?” de Patricia Peixoto Zapletal.

⁵² Sinais de uma profissão entendida como “autossuficiente e onipotente”: a visão individualista e meritocrática da educação tradicional não ficava apenas nos alunos, mas se estenderia às professoras, segundo David Rodrigues em entrevista (SOFIATO, ANGELUCCI; 2017). Na mesma entrevista, ele afirma a importância da conversa entre docentes e técnicos para casos complexos, sem a qual, ele e sua equipe ficavam com a sensação de impotência e solidão.

Quando conseguíamos as intersecções de tempo com as professoras para encontrá-las, era frequente sermos interrompidas por um aluno ou por um trabalhador para falar de algo urgente referente a algum deles. Parecia que quem estava ali disponível para conversar conosco era reconhecida como alguém disponível no meio da escola para conversar com mais gente. Talvez isso acontecesse conosco quando a reunião era no CAPS. Quanto às janelas de horário encontradas, muitas vezes eram os horários do intervalo ou da educação física, momento em que elas deveriam estar em pausa ou fazendo todos os relatórios (o trabalho “burocrático”), pelo que comentavam. Havia professoras que preferiam dedicar esses horários aos relatórios mesmo e não gostavam de “ficar fazendo falação”. No CAPS, também os escritos eram para os tempos que sobravam e escolhas tinham que ser feitas sobre como interagiríamos com o mundo de fora do CAPS com o tempo que tínhamos.

O tempo do CAPS parecia diferente do tempo das escolas. Nossos horários e organizações eram muito pensados em torno das urgências imprevistas e do que poderia surgir: e se vier acolhimento, e se houver crise, e se tal ação não fizer sentido nenhum para quem pensamos a ação. Já as escolas pareciam viver de urgências previstas: conteúdos, datas para as provas desde o início do ano já marcadas, idade de segurar o lápis, de desenhar figura humana. De um modo ou de outro, no entanto, a sensação de não conseguir dar conta de tudo parecia ser muito similar entre nós.

Nas escolas, os relatórios e os registros de tudo o que era feito em reunião pareciam ter mais importância do que no nosso cotidiano da saúde. Nas reuniões da saúde de que participei, as atas eram algo que partiam um tanto de cada gestão ou trabalhador. Normalmente a unidade que sediava a reunião fazia uma anotação mais organizada em um livro ata, mas era possível o eventual esquecimento de anotarmos em uma ata oficial se a reunião fosse incomum, contando que cada um anotaria o que era ação de encaminhamento para si, e eventualmente pedindo para alguém mais organizado enviar por e-mail suas anotações sobre a reunião. Além de “para ter registrado”, as anotações na ata serviam principalmente para que lembrássemos todos os encaminhamentos que deveríamos fazer até o próximo encontro, para que as intenções não se perdessem.

Nas escolas, parecia haver uma formalização maior quanto às atas: elas eram muito organizadas, feitas com letras bonitas e legíveis, por uma pessoa que ficaria mais no registro do que na discussão, escrevendo com consideráveis detalhes. E eram sempre em texto corrido, nunca as vi resumidas em itens, recurso um tanto usado na saúde. No fim, essas atas tinham que ser assinadas por todos os presentes na reunião, e as assinaturas eram em determinada ordem, sem

pularmos ou excedermos linhas com nossas assinaturas, uma seguida da outra por vírgulas. E ainda, se elas diziam que iam mandar uma cópia da ata para todas as presentes, no geral elas de fato mandavam uma cópia para todas pouquíssimo tempo depois.

Quando uma trabalhadora da educação ia nos encontrar nas unidades de saúde, também era comum uma formalização, ou controle, maior do que o habitual, sendo mais frequente do que imaginávamos o pedido de que carimbássemos algum papel confirmando que a trabalhadora ficou lá em nossa unidade em reunião, inclusive com espaço para colocarmos hora de entrada e saída daquele profissional de educação. A impressão que dava é que tínhamos mais autonomia no trabalho do que elas, e de que mais ações nossas eram legitimadas como trabalho.

Ao longo dos anos, outras situações iam nos dando mais notícias de nossas semelhanças e diferenças. No fim de 2017 e início de 2018, todos os servidores enfrentamos a ameaça de uma reforma da Previdência⁵³, que aumentaria o desconto no salário dos servidores e colocaria os novos servidores que viessem em plano de aposentadoria complementar, sem mais alimentar o antigo sistema que, justamente, estava com problemas para ser alimentado. Uma falsa solução simplificada para um problema complexo, com o argumento de que a proporção de servidores ativos em relação aos inativos estava quase um para um. Nas ações de greve, a educação demonstrou mais força quantitativa e qualitativa para o movimento que pedia diálogo do que nós das unidades de saúde.

Na saúde, enfrentávamos o sucateamento dos serviços de gestão direta seguido de terceirização há anos. Essa terceirização era acompanhada por um discurso de privatização que fazia criar uma gestão pública que “não tinha mais jeito”, não poderia ser repensada a partir dos problemas apresentados, apenas desfeita. Esse discurso criava uma Saúde de administração direta fadada a se desfazer. Unidades de administração direta iam encolhendo, com profissionais se aposentando sem serem repostos. Pessoas que fizessem especialização em outras áreas não poderiam mudar para unidades mais relacionadas a seus temas de interesse, pela justificativa de falta de profissionais. As que estavam onde queriam estar, conviviam com o boato constante de que saíam em breve, para algum lugar que provavelmente não seria de sua escolha, pois a unidade seria terceirizada logo menos. A reivindicação por alguma melhoria na unidade ou no território normalmente tinha uma resposta que fazia querer a terceirização: para que melhorar, se em breve

⁵³ Que foi aprovada, com algumas alterações, no fim de dezembro de 2018.

será terceirizado? O fantasma da terceirização não era a resposta ao problema da administração direta, ele impedia o investimento e reformulação nesta administração.

Na educação, a terceirização também acompanhava o discurso da incompetência do servidor público, mas de outra maneira. Não se tratava de colocar pessoas terceirizadas magicamente mais eficientes com equipe três vezes maior, mas de formar “melhor” as professoras. As dificuldades enfrentadas na educação pública não estariam em questões outras que não a formação do corpo de professores (VOLTOLINI, 2017). Formações para as professoras, apostilas didáticas, salas de computador fornecidas por alguma empresa que também daria formação para que se soubesse incorporar o computador na sala de aula. Lá, a terceirização era sobre a formação, nem sempre guardando algum critério de avaliação de impacto entre estas parcerias, podendo ser o número de alcance do programa, e não seus efeitos, usado como publicidade em si⁵⁴.

Vivíamos em comum o atendimento a uma população que é chamada de minoria, mas é maioria. Coincidentemente, vivíamos também a precarização de nossos serviços e um discurso que nos culpava pelos serviços ruins oferecidos pelo Estado; ao mesmo tempo em que nos separavam de nossos trabalhos, justificando diminuir os gastos com servidores para investir em entidades “saúde” e “educação” sem corpos trabalhadores. Os jornais falavam do ônus dos servidores públicos sem diferenciar nossos salários dos salários dos juízes e promotores⁵⁵. Esse discurso foi tomando força. Dizia-se que a Constituição não cabia no orçamento. A Emenda Constitucional nº 95/2016 dispunha sobre o congelamento dos gastos sociais por vinte anos, sem limitar os juros ou outras despesas financeiras. A democracia não caberia no orçamento (MENDES, 2017). E a culpa era frequentemente colocada nos servidores, em discussões que não mencionam renúncias fiscais, isenções tributárias, inadimplência de grandes empresas privadas para com o Estado ou qualquer discussão sobre arrecadação. Esse discurso seguiria crescendo e aparece até hoje sem que possamos chamar de auge, pois ainda em processo, na fala do atual Ministro da Economia, Paulo Guedes, que chamou os servidores públicos de “parasitas” em uma

54 Recomenda-se o artigo “Iniciativa privada na Educação Pública: a Fiat e o Programa Moto Perpétuo” (2016) em que Gonçalves Junior constituiu diferentes níveis de pesquisa e análise para acessar os efeitos do programa Moto Perpétuo da Fiat Automóveis S.A, diante da ausência de informações e análises anteriores sobre os efeitos do programa. A começar pelo material, considerado de qualidade ruim pelos próprios critérios do MEC em suas primeiras tiragens – as mais distribuídas-, por outras categorias de análise. O programa, que inaugurava a parceria entre público e privado centralizado na “Educação”, foi responsável pela doação de materiais paradidáticos para milhares de escolas por cinco anos (1997-2001), e teria usado dos números de alunos beneficiados e de capital investido para construir uma imagem positiva da parceria, sem uma análise de efeitos positivos para a Educação.

55 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/previdencia-rombo-por-servidor-publico-dez-vezes-maior-que-no-inss-23734652> de 12/06/2019.

palestra na Fundação Getúlio Vargas (FGV)⁵⁶. Dias depois, celebrou a alta do dólar com a justificativa de que antes, com ele baixo, havia uma *festa danada* com empregadas domésticas indo à Disney⁵⁷. Esses discursos que atacam os que precisam do Estado e o Estado que serve se compõem. Porém, naqueles idos de 2016, quando eu entrava no Caps, nada disso poderia ser vislumbrado. Estava, então, engajada em abrir caminho nos espaços institucionalizados e dar corpo aos desencapsulamentos de um Caps que me recebia.

Do corpo necessário

É de grande importância dizer que educação e saúde já se encontravam em outros relevantes pontos na região delegada àquela Supervisão Técnica de Saúde, para além dos pedidos e trocas de relatórios. Havia reuniões mensais entre as UBS com as escolas e instituições filantrópicas de contraturno, os Centros para Crianças e Adolescentes (CCA) ou Centros Juventude (CJ), organizados pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Essas reuniões serão aqui chamadas de Teceres. As reuniões Teceres eram centralizadas pelas UBS, em que iam os representantes das escolas, CCA e CJ de seus territórios. Eram organizadas ou pela gerência ou por alguma figura da UBS responsável por elas há anos. Todos esses espaços tinham importância, mas não pareciam mover especificamente, naquele território, essa relação trazida anteriormente, a qual Caps e trabalhadoras da UBS apontavam, em práticas e falas, como imutável, em que escolas encaminhavam crianças e adolescentes com pedidos de diagnósticos, medicações, adaptações, seguidos de incômodos se estas respostas não se dessem desta maneira.

Quando cheguei neste território, tentei estar nestes espaços que já tinham suas rotinas sedimentadas - as reuniões na Supervisão Técnica de Saúde sobre os programas nacionais e as reuniões Teceres. Havia um alerta da equipe de que era impossível ir em todas as reuniões para as quais éramos convocadas, porque éramos poucas (nossa equipe inteira era menor do que uma miniequipe de um CAPS terceirizado⁵⁸) e tínhamos que “cobrir” os horários na unidade. Havia

⁵⁶Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/02/07/paulo-guedes-compara-servidores-publicos-com-parasitas.ghtml> de 07/02/2017

⁵⁷ Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2020/02/12/guedes-sobre-dolar-alto-empregada-domestica-estava-indo-para-disney-uma-festa-danada.ghtml>

⁵⁸ As terceirizações via Organizações Sociais de Saúde permitiam, entre 2000 e 2019, uma brecha na Lei de Responsabilidade Fiscal. Segundo a Lei, os municípios não podem gastar mais do que 54% e os estados, 49%, com contratações diretas em suas receitas correntes líquidas. Até 2019, a contratação de trabalhadores de atividade-fim na saúde via OS poderia ser computada como “outras despesas”, ao invés de gasto com pessoal. As OSS cresceram a

uma preocupação grande de que o excesso de reuniões prejudicaria o atendimento. Assim, escolhíamos em quais reuniões iríamos em grupo, com o critério de qual faria sentido para o atendimento. Claro que havia discordâncias, concessões, reafirmações, histórias sobre algo que foi criado para responder a demandas mais administrativas do que de atendimento (havendo recorrentemente esta separação), com possíveis réplicas de que então ocupássemos esses lugares com o que nos fizesse sentido.

A reunião Teceres⁵⁹ estava na lista das reuniões que não valiam a ida, por serem muitas (quatro por mês). Eu pude participar de uma delas no meu segundo mês de trabalho, acompanhando a gestora do CAPS que foi chamada para explicar o que era CAPS. Muitos CCA não sabiam o que era o CAPS, fui convidada a ajudar na fala, e a discussão foi bem movimentada. Ao fim, trabalhadores vieram me perguntar o que fazer com crianças específicas com as quais trabalhavam, ou inclusive sobre seus filhos, e perguntavam sobre encaminhamento. Algo na descrição que demos do Caps IJ nos colocava em um lugar de saber sobre a infância. Entre os Caps IJ, alguns anos depois, passamos a nos questionar sobre esse lugar especializado que se criava imprescindível para uma grande abrangência dos fenômenos da infância.

Entre essa primeira reunião na qual fui e a seguinte, houve mais encaminhamentos daquela região para o CAPS, endereçados muitas vezes ao meu nome. Na reunião seguinte, falaram de haver um espaço para “discutir casos”, mas a questão parecia antiga e a resposta da profissional da UBS que conduzia aquela “Teceres” foi taxativa, com ar de quem não aguentava mais explicar: “aqui é para discutir questões macro, como o parque X que vamos fazer..., se quiserem discutir casos, é no matriciamento”. As pessoas foram, ao fim, me perguntar o que era matriciamento. Voltando à unidade, a ideia de trabalhadores que não fossem da área da saúde entrarem na reunião de matriciamento não agradava muito. Também a proposta de nos dividirmos e ocuparmos as Teceres não foi colocada de maneira que se visse sentido. As “Teceres” seguiam no lugar de

partir dos anos 1995, colocando-se como parte do terceiro setor, como atividades filantrópicas. No entanto, a isenção de impostos, os subsídios estatais e a flexibilidade orçamentária que permite o pagamento de dirigentes, que no Estado de São Paulo pode chegar a 70% do valor global das despesas, faz questionar o caráter filantrópico e aponta para apropriação privada de recursos públicos (MORAIS; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA; KAZUZU; SILVA, 2018)

⁵⁹ A organização da Teceres lembrava as reuniões de rede do município em que eu estava antes, onde atendia Matheus. Nelas, todas as áreas e especialidades se juntavam em uma reunião para discutir os problemas de um território, fossem sobre pessoas que precisassem de ampliação de atendimento, fossem sobre buracos em uma avenida. Lá, embora centralizada pela saúde, com um nome de conceito da saúde (matriciamento), as reuniões tinham as marcas de um município que tinha organizado as instituições em torno de como as pessoas ocupavam a cidade, e não me dava a sensação de flutuação que me dava o trabalho na região na qual eu entrava (sensação provavelmente agravada pelas UBS dali serem ainda no formato tradicional).

reunião excessiva, em que, por não podermos discutir nossos atendimentos, não os ajudaria diretamente.

No entanto, a terapeuta ocupacional do Caps, pessoa companheira e dedicada a criar soluções imprevistas, sugeriu que fôssemos aos CCA e escolas que estavam interessados na aproximação, aproveitando que eles partilhavam conosco o atendimento de algumas crianças e adolescentes residentes nas áreas mais vulneráveis da nossa região, que tinham dificuldades para chegar ao CAPS. Foi a partir daí que constituímos algumas idas eventuais às escolas. E eram essas idas ou reuniões eventuais que faziam falar da necessidade de mais encontros.

Uma escola específica dessa região tinha uma diretora, que chamaremos de Ana, que era muito aberta ao diálogo conosco, com as crianças, com as mães e pais, com as professoras. Era seu primeiro ano e ela enfrentava algumas resistências por questionar punições que não ajudassem as crianças a acreditarem que poderiam ser diferentes; ela questionava práticas que faziam alguém ter uma história só sobre si. Ana nos ajudava a pensar os próximos passos cautelosos com crianças que tínhamos em comum e que tinham histórias de violência, negligência. Foi ela quem sugeriu que fizéssemos espaços mensais abertos para escolas e que discutissem tanto crianças e adolescentes como questões técnicas e políticas suscitadas por eles. Nós, que já vínhamos rascunhando a ideia depois dos recentes encontros, começamos a propô-la nos encontros seguintes, questionando se ela faria sentido, de que maneira, formato, horário.

Eram feitas devolutivas dessas conversas para as outras pessoas da equipe do CAPS, devolutivas que nos ajudavam a entender melhores maneiras de ter se feito entender com determinada professora em que a conversa foi intrincada, devolutivas que pareciam também surpreender a equipe sobre as práticas que uma professora inventou para determinada criança conseguir estar em sala, sobre as distâncias entre o que as professoras propunham e como essas propostas chegavam para mães e pais, que nos traziam o mesmo fenômeno vivido de maneira completamente diferente.

Depois de conversar com as UBS sobre a criação desse espaço aberto de encontro entre saúde e escolas,⁶⁰ enfrentamos dificuldades administrativas para marcar o primeiro encontro,⁶¹ mas, com isso, novas vias se fizeram. Outra psicóloga do CAPS, que também vinha apoiando bastante esse trabalho e sempre foi muito organizada, montou uma lista de todas as escolas dos

⁶⁰ Narrado em uma cena do capítulo 3.

⁶¹ Narrado em uma cena do capítulo 4.

nossos territórios, pedindo que as UBS confirmassem os dados. Sem esta lista feita por ela, toda organizada e clara em tabela, não sei bem como teríamos feito. Na lista, tínhamos acesso aos telefones e e-mails das escolas. Muitas das escolas já sabiam que o primeiro encontro aberto seria marcado, porque ajudaram a pensar o horário e o dia. Mas com muitas outras pouco tínhamos conseguido contato. Mandar um e-mail avisando não adiantaria. Recebíamos muitos e-mails de eventos todos os dias, e nem por isso íamos ou parávamos para pesquisar do que se tratava com mais afinco.

Junto com uma estagiária disponível para novos projetos, tiramos, no total, o tempo de dois períodos para ligarmos para todas as 32 escolas na lista e falar sobre o encontro, com a justificativa da necessidade de pedir o e-mail mais adequado para enviar o convite. As ligações nos davam notícias dos funcionamentos das escolas com as quais sequer tínhamos contato anterior.

Havia escola em que o telefonema era passado de pessoa para pessoa e eu ouvia, ao fundo, a tradução nessa passagem: *uma psicóloga que quer atender nossos estudantes quer falar com alguém daqui* ou *um lugar chamado CRAS que atende aluno nosso, mas que a gente não encaminhou, quer falar com a gente*, ou ainda *uma pessoa da CAPES quer entrevistar aqui*. Também tínhamos essa vivência no CAPS, de atender telefones sem saber o que viria dali ou como encaminhar a questão que aparecia. Era curioso ser eu, dessa vez, a ligação que trazia um problema que não se encaixava nos procedimentos habituais.

Houve coordenadora que mandou ligar novamente no período da manhã para falar com a coordenadora específica do período, já que a reunião se daria pela manhã. Houve coordenadora que não sabia desse serviço do SUS e não acreditava em mim, confirmando de novo e de novo se tínhamos mesmo médica, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicóloga todas no mesmo lugar, de graça, sem escambos posteriores. Havia quem agradecesse muito o convite e perguntasse se poderia levar mais gente, que tinha tal e tal pessoa muito interessada sobre saúde mental, fazendo especialização. Houve quem aproveitasse a ligação para falar das crianças e adolescentes que temos em comum e avisar que encaminhou mais quatro. Das cinco escolas nas quais não se sabia o que era Caps – todas estaduais –, muitos não entendiam porque estávamos ligando ou para que se reunir uma vez, já que não atendíamos ninguém daquela escola. Das que sabiam o que era Caps, chamou atenção que todas as trabalhadoras dos Centros de Educação Infantil (CEI) frisaram, à sua maneira, achar boa a ideia do encontro. Algumas agradeceram a lembrança, e uma delas agradeceu ser considerada na lista, junto com as outras escolas – uma reação que só entendi depois, quando

contextualizada sobre as origens da Educação Infantil até a Constituição de 1988, antes marcada pelo nome **pré-escola**, anterior à Escola, como apontado por Fonseca (2017b).

O tempo para fazer ligações no CAPS normalmente é um tempo corrido, entre algum atendimento que não veio, no horário do almoço, depois da hora em que já deveríamos ter saído. Essas ligações, no entanto, se mostraram parte fundamental do trabalho. Mandar apenas um e-mail não daria contorno ao trabalho do CAPS – que não era o CRAS ou a CAPES, neste mundo cheio de siglas. Não teríamos alcançado as pessoas que não sabiam o que éramos, que talvez sequer saberiam a quem encaminhar o e-mail e o deixariam esquecido na caixa de entrada... Estas não teriam aparecido. E nós não teríamos acesso ao número de trabalhadores de Escolas Estaduais que não sabiam da existência dos CAPS no Brasil. Existia um trabalho a ser feito anterior ao convite. Nunca mais consegui criar tempo oficial para ligar para as escolas que, eventualmente, deixaram de ir. Uma parte do trabalho se perdia aí.

5.2 O CAPS IJ no encontro com as escolas

Era a primeira vez que estavam reunidas tantas escolas naquele Caps IJ. Toda a equipe do Caps IJ havia contribuído com a organização do encontro. Foi combinado que, após a apresentação, aquecer-se-ia a discussão com duas músicas (“Caderno”, de Toquinho, e “Doze Anos”, de Chico Buarque) e as pessoas seriam divididas em grupos de discussão rápida, focadas em duas perguntas sobre saúde e educação a serem esquematizadas em um papel pardo, para em seguida apresentar ao coletivo o que se discutiu. Havia, na equipe do Caps IJ, quem gostasse da ideia de reuniões mais organizadas previamente e a quem a ideia não agradasse. Ganhou a tendência à organização prévia. Existia, talvez, alguma ansiedade e um apoio muito acolhedor do grupo em relação à proposta. Esse encontro também foi pensado em uma época que discutíamos entre nós o incômodo com a Supervisão chamar para as formações pessoas de instituições externas à região, desconsiderando também o que aquela equipe teria a dizer. Talvez por isso tenhamos combinado que, depois da dinâmica, eu apresentaria um pouco da história da reforma psiquiátrica e do porquê o CAPS precisava estar aberto a conversar com as escolas e com o fora para seguir na direção de um mundo que incluía a diferença. Pouco tempo depois, avalei que poderíamos ter parado na dinâmica, porque ela por si dizia da importância do encontro entre estas áreas, mas a equipe seguiu acolhedora em dizer que fez sentido com o todo (com a crítica de uma trabalhadora

por eu ter repetido o movimento de valorizar a história da reforma psiquiátrica central, de onde vinha minha formação, e não a delas). As perguntas disparadoras propostas para a dinâmica foram:

- O que é Saúde Mental da infância e adolescência?
- Onde Saúde e Educação se encontram?

Durante o encontro, as discussões não foram tão rápidas como o previsto nos grupos de discussão, e o tempo para o debate nos pequenos grupos foi aumentado duas vezes. As perguntas se misturaram na discussão e houve algumas discordâncias que evidenciavam um tanto sobre o encontro dessas áreas de trabalho que a ela se propunham. Formaram-se três grupos de discussão. Um com a maioria das pessoas da saúde – incluídas as psicólogas das UBS, maiores interlocutoras entre o CAPS e a atenção primária neste território – e os outros dois grupos compostos majoritariamente de profissionais da educação.

Na hora da apresentação das discussões, o grupo majoritariamente da saúde foi o primeiro. Compartilharam que começaram a discussão sobre saúde mental infantojuvenil pensando na doença, nos diagnósticos comuns na infância e juventude. Contaram ter percebido a guinada pelo caminho da doença e então migraram a discussão para o que produzia saúde na vida – de atendimentos e direitos a afeto, dignidade e respeito – e o que a impedia. Falaram da importância de fluxos, rede, encaminhamentos cuidadosos como parte importante para a promoção e prevenção de saúde.

Já o grupo com mais profissionais de escolas a se apresentar, composto por mais pessoas parceiras e próximas da equipe daquele Caps IJ, chegou ao consenso de que saúde mental na infância e na adolescência seria um cuidado no desenvolvimento de sujeitos em formação, que também abarcaria questões sociais na vida desses indivíduos. Elas apontaram a importância da intersetorialidade não para a solução, “porque as vidas não se solucionam”, mas para os caminhos que cuidam e possibilitam mais na vida. Trouxeram também a importância do apoio mútuo entre profissionais de diferentes áreas e de que cada um saiba seu papel, no sentido de ajudar a criança ou o adolescente. Criticaram o lugar do médico que dá afastamento para uma criança da escola sem consultar a escola e terminaram frisando o desgaste sofrido pelos trabalhadores da saúde e da educação, lembrando o número grande de afastamentos de trabalhadoras da educação por “sofrimento de saúde mental”. Arremataram com a pergunta: “como cuidar de alguém se sua própria saúde não está bem?”.

O último grupo a falar tinha mais trabalhadoras da educação desconhecidas da equipe do CAPS IIJ. Nesse grupo, discutiu-se saúde mental como uma adaptação ao meio em que se vive, evidenciada através do comportamento da criança. Apontaram que a intersecção entre saúde e educação ocorreria na aparição de um conflito desta criança em seu meio, e a rede de trabalhadores da saúde e da educação teriam que trabalhar juntas para dar amparo e proteção a essa criança ou adolescente. A professora que apresentava a discussão do terceiro grupo olhou para o grupo de pessoas que tinha falado antes e afirmou haver vezes em que a saúde fazia o contrário do que elas haviam dito. Exemplificou com um caso de um menino muito agitado e agressivo “que não estava dando conta de ficar na escola” e os profissionais da saúde não deram um atestado para afastá-lo por um tempo “e nem” para reduzir as horas dele na escola. Ela finalizou também falando da precariedade a que estão sujeitos os trabalhadores das duas áreas, o que dificulta.

A minha apresentação, felizmente, pôde ser encurtada, porque muito já tinha sido trazido. Na verdade, havia um grande problema com aquela apresentação, para além de colocar a fala final com o CAPS no que era para ser uma conversa de muita gente. Ela trazia uma crítica muito clara e direta a uma saúde mental adaptacionista, situando o viés não neutro ideologicamente desta abordagem que terminaria por legitimar a maior aptidão dos que já ocupam espaços privilegiados, e localizava o pensamento antimanicomial como algo que se encontrava com uma ética inclusiva. O problema era: esta apresentação poderia reafirmar a parceria com os dois primeiros grupos a falar, que já eram próximos, e corria o risco de afastar o diálogo com o terceiro, que era quem mais encaminhava com solicitações de remédio, tomografia, exames neurológicos. Tentei focar, a partir da contextualização da Luta Antimanicomial, em que os Caps não poderiam se encapsular em uma clínica longe da realidade e que por isso precisávamos moldar aquele encontro de maneira a que fizesse sentido para as crianças e adolescentes que atendíamos. Tropeços dos improvisos da vida. Devolvi a palavra ao grupo, com o apoio de uma equipe do Caps muito parceira naquele momento, perguntando quais os moldes de encontro que fariam sentido para as pessoas ali presentes e se de fato faria sentido algo desse tipo.

Muitas professoras e coordenadoras, nesta hora, pegaram a palavra e reiteraram a importância de encontros sistemáticos para elas. Apareceram algumas razões para tanto: para que não ficassem sozinhas, para que aprendessem, para que pudessem compartilhar, para que pudessem pensar com alguém sobre o que estavam fazendo, para que tivessem um espaço em que pudessem ampliar ideias sobre determinado problema.

Propusemos, então, que o coletivo discutisse como se dariam os encontros e com que formato. Foi consenso que (1) o encontro seria mensal, com todas as escolas (havia a possibilidade de ter uma hora semanal para quem quisesse chegar sem precisar marcar data, com outro horário para irmos às escolas, separar os encontros por região, e outras propostas, mas o coletivo achou que o encontro mensal com todas seria interessante) e que (2) as discussões se dariam a partir dos “casos” trazidos pelas escolas, uma vez que já havia uma reunião entre saúde e educação organizada pela Supervisão de Saúde que cuidaria mais das questões territoriais, e as pessoas sentiam falta de falar sobre os alunos e o que fazer nas práticas do dia a dia.

Na reunião seguinte, no CAPS, a equipe acumulava comentários de surpresa sobre as falas engajadas em princípios semelhantes aos nossos por parte de muitas trabalhadoras da educação. Foram também feitos comentários sobre aquelas que reforçavam o estereótipo de educadoras que chamavam a saúde para normatizar e não se responsabilizar por pensar o que uma criança pedia. Mas já não era mais uma massa homogênea, reconheceu-se o estereótipo. Também nas semanas seguintes se intensificaram ações com algumas escolas presentes no primeiro encontro. Os encontros se deram mensalmente até as férias escolares e retornaram depois da greve dos trabalhadores municipais.

5.3 Sobre os lugares que a Saúde pode ocupar

Duas cenas aqui serão trazidas brevemente, pois escancaram tendências presentes em outras cenas e momentos. Tendências das quais tentávamos nos emancipar nos encontros com as escolas, nem sempre com sucesso.

Marcelo e os encaminhamentos

Marcelo tinha 9 anos, era atendido no Caps e estudava em escola particular. Sua professora e coordenadora frequentemente mandavam papéis pela família, pedindo encaminhamento para psicomotricista, psicopedagoga, neuropsicóloga, neurologista, professora particular. Não conseguiam ir ao Caps conversar, não tinham tempo para conversar por telefone, não tinham tempo

para fazer relatório. Marcelo estava com dificuldades para leitura, brigava muito na escola, dizia que não queria crescer e tinha uma síndrome rara que afetava o desenvolvimento. Para que ele não fugisse de letras e números no Caps, era preciso inventar gincanas, desafios, caça-tesouros com desenhos e letras. Ele explicava não querer crescer *porque adultos tinham muita coisa chata pra fazer e ainda morriam*. Marcelo tinha perdido um tio em um acidente, fazia dois anos, e falava desse tio constantemente. Ele não gostava da professora e, a professora, provavelmente, não gostava dos atendimentos no CAPS, pois sempre mandava cartas pedindo para encaminhá-lo para outros lugares. Um dia, ela aceitou que eu, psicóloga que atendia Marcelo, fosse até lá conversar. Nessa conversa, ela me explicou que aquela escola particular não tinha o dispositivo de reforço escolar para as crianças, nem outros apoios pedagógicos, que seriam necessários. Ela adiciona não ter professoras extras, *como nas escolas públicas, só para reforço* ou classes de apoio. Descubro, nesse encontro, uma realidade diferente das escolas públicas: aquela das escolas particulares periféricas, com gestão e trabalhos precarizados. A saúde mental, os pedidos por diagnósticos, os encaminhamentos para neuros e psis vinham tentar dar conta de um não compromisso que aquela realidade escolar afirmava. O pedido por nomes das dificuldades que Marcelo tinha em forma de diagnósticos

Até que medida horizontalizaremos?

Em um dos primeiros encontros coletivos com as escolas, apareceu uma coordenadora que nós do Caps já conhecíamos bastante de nome. As mães falavam coisas complicadas de ouvir sobre ela. As crianças diziam não gostar dela. Nesse dia, essa coordenadora interrompeu uma professora que falava sobre um menino que jogou cadeiras para o alto. Ela tomou a palavra com uma dúvida: *como faz para conter surtos físicos violentos das crianças?* Nesse momento, outras professoras dizem também querer saber, porque não podem segurar muito, pois podem ficar marcas, tem hora que as crianças estão se machucando e machucando os outros. As trabalhadoras da saúde – Caps, UBS e interlocutora de saúde mental da região que havia sido convidada a participar naquele dia – ficaram sem saber como responder. Não esperavam que seriam convocadas a explicar como conter. Olhavam-se para ver quemalaria. Primeiro, uma falou que não precisa conter fisicamente, apenas cercar para que a pessoa não machuque a si ou aos outros, e que seria importante ter o cuidado com o excesso de palavras contentivas, que podem atrapalhar alguém que não está

conseguindo resolver o que enfrenta sem ser com o corpo. Outra, disse que, muitas vezes, quem não está conseguindo se conter fisicamente está pedindo limites. Uma terceira - que sabia das histórias sobre a coordenadora - complementa frisando que, se for dar limites, que não seja alguém que está tentando conter a criança de maneira punitiva, que seja para de fato cuidar, que não seja a pessoa que está cansada daquela criança. A coordenadora diz que ela é sempre chamada para conter excessos, para proteger as professoras que estão cansadas. Claramente estávamos incomodadas com o lugar manualístico que estávamos ocupando em um assunto sobre o qual pouco conversávamos. Aproveitamos que ela disse de si para perguntar a todas sobre qual era a função das coordenadoras e como se dava nas outras escolas esse auxílio quando alguém não sabe mais o que fazer com uma criança ou adolescente. As outras coordenadoras e professoras compunham com outras palavras as experiências que viviam de alguém agitado e dos lugares ocupados pelas coordenadoras nos conflitos.

Em um dos primeiros encontros, fomos questionadas a explicar como conter agitações. Essa coordenadora faria essa pergunta a um grupo só de pessoas da educação? Que essa pergunta tenha surgido ali, diz do nosso lugar contentivo em relação aos sujeitos. A presença da saúde mental cria a pergunta sobre como conter. Inicialmente, pensei que não deveríamos ter respondido nada e só ter repassado a questão ao grupo. Mas a análise posterior possibilita reposicionar: o problema não é que tenhamos algo a dizer, não se tratava de apagar alguma contribuição nossa à conversa. Escapar da sobrecodificação que a saúde opera na educação não se dará silenciando contribuições da saúde. O problema estaria em que nossas contribuições ficassem em um lugar de *verdade*, manualístico.

Esses desafios - o de não ocupar lugares de verdade e subverter à posição de contenção - emergiam e se resolviam ao longo dos próprios encontros.

5.4 Sobre o encontro em grupo que dá notícias de solidão

Joaquim, o não-sorriso, a escola dos fim-de-carreira e a professora-que-não-está-preparada

Cláudia, professora de uma EMEF⁶² onde estudava um menino chamado Joaquim, inicia a discussão dizendo que não o encaminhou ao Caps IJ porque ele já vai em psicóloga particular pelo convênio. Incomodava-se com o relatório da psicóloga particular, que escreve *tudo bonitinho* sobre Joaquim, mas elas *repararam alguns escritos quase que escamoteados* sobre como ele se nega a fazer atividades com ela. *Então ele também seria difícil com ela!* Esse comentário nos informava sobre a recepção dos relatórios que muito comumente fazíamos, preocupadas em salientar apenas o movimento da criança percebido no atendimento para não a cristalizar em uma visão única e ruim, salientando mais as potencialidades da criança. Acontece que este tipo de relatório, então, não ajudava. Descobríamos, ali, que quem o lia parecia perceber a desconfiança e o receio sobre como o relatório seria usado, de maneira que o relatório, se muito impresso pela desconfiança, não criava novos propósitos para si, a não ser o de ser desvendado sobre o que esconde.

Nesse encontro, Cláudia havia contado que Joaquim – que não sorri, que o pai não quer mais ver porque diz que ele teria “tentado matar” o irmão recém-nascido, que só pega a bola para jogar nas outras crianças, que não brinca, que de vez em quando resolve quebrar tudo em seu entorno, que fala como adulto, que tem seis anos – fez a professora *ter um surto* e sair de licença médica depois de ele *quebrar tudo* na sala. Cláudia se emocionou enquanto falava da colega que não estava bem, e justificou precisar desabafar em algum lugar sobre aquilo. A narrativa, no entanto, foi mais comentada no grupo por outra razão. Cláudia havia dito que a mãe de Joaquim sempre responde que *vai esfolar o menino em casa* a cada vez que a escola dá uma advertência, *mas ainda assim ele não muda nada*. A discussão tomou um delicado tempo, com trabalhadoras do Caps e das escolas, sobre como o adversativo “ainda assim”, nesta expressão, precisava ser reformulado, e que a situação exigia outra aproximação com a família que não a de cobrar providências.

Em maio, Cláudia tinha um novo problema com Joaquim: era preciso enfrentar o fato de que os pais dos outros meninos da sala estavam pedindo que Joaquim saísse da escola, já que *ele era responsável* pelo afastamento da professora; mas ele não poderia ser expulso, por ser escola pública.

Nesse momento, há uma certa comoção na sala por parte das trabalhadoras da educação que as do Caps IJ não acompanharam inicialmente. Uma professora colocou em palavras a reação: “como os pais construíram na cabeça deles que a professora saiu *por causa* do Joaquim? Quem

⁶² Escola Municipal de Ensino Fundamental – escolas para crianças de 6 a adolescentes de 15 anos.

contou essa versão para eles?!”. Cláudia ficou em silêncio. Outras professoras seguiram a discussão, dizendo que esse tipo de versão não se passa aos pais e que não podia ser apenas culpa de Joaquim que a professora *não era preparada pra dar aula*. Cláudia respondeu que é uma escola de *peessoas em fim de carreira*, que estão prestes a se aposentar, e não aguentavam mais algumas coisas. A primeira professora a dizer algo na discussão fez uma tréplica com expressões inaudíveis que dão a entender que isso não importa, não deveria ser assim.

Uma professora do grupo perguntou como ele estaria na escola uma vez que sem a professora dele, que ainda estava afastada. De acordo com Cláudia, ele estava melhor, porque ficou na classe um ano acima, enquanto não chegava a professora substituta: *com os grandes ele não apronta, porque sabe que eles são maiores. E a professora o integra nas atividades*. As professoras “pró-Joaquim” na história apontaram como isso prova que ele pode ser diferente e sorriem um tanto aliviadas por ouvir algo em favor dele. Cláudia concorda, diz só não saber o que fazer quando ele tiver que retornar para a sala do seu ano, com a professora afastada.

Há alguns elementos trazidos por esta história que serão desenvolvidos com o complemento da próxima cena, em que vamos abordar a importância do grupo. Essa narrativa expõe sobre o efeito na subjetividade daquilo que nos é atribuído. E não é só de Joaquim que falamos, mas também da escola. Para Joaquim, ser colocado em uma posição diferente produziu diferença no que ele poderia ser. No caso da escola, chamava atenção, para nós da saúde, haver uma *escola de fim de carreira*, uma EMEF inteira, atendendo um número significativo de pessoas, que concentrava trabalhadoras marcadas por estarem esperando a aposentadoria chegar. De que maneira elas se planejavam a longo prazo ou criavam projetos? O que implicava estar trabalhando em uma escola *de fim de carreira* para quem ali estava?

Houve falas acaloradas: *não era culpa de Joaquim se a professora não estava preparada*, disse uma professora. O que é estar preparada para o que vem? Os mecanismos que veem problema em um elemento ou em outro necessariamente, se a equação professor-aluno não vai bem, seguem presentes mesmo entre quem entende a multideterminação dos fracassos escolares. As realidades e discursos se sobrepõem, e podemos incorrer muito rapidamente em um julgamento da professora se queremos defender mais possibilidades para o aluno. Mas tudo isso dizia também de não haver tempo ou espaço para que a professora pudesse criar o que é necessário para encontrar Joaquim. E Joaquim era “dela” até ela não poder mais estar lá e novos lugares pudessem ser ofertados para Joaquim.

Tudo isso revelava outras possibilidades na função que ocupávamos. Joaquim não foi encaminhado para o Caps, pois era atendido por uma psicóloga particular, mas Cláudia escolheu falar sobre ele naquele espaço. Compreendemos que isso refletia que vínhamos conseguindo que o encontro com as escolas não se tornasse apenas um fluxo burocrático de encaminhamento. Cláudia usou a palavra desabafo, o que exigia compreendermos sobre os limites e as possibilidades da escola nessa produção institucional em que as preocupações com Joaquim se materializavam. Estar nessa discussão como grupo da saúde mental exigia composições de saberes que implicavam no seguinte desafio: rachar com a expectativa presente nos encontros de que teríamos soluções de atuações para a escola (tendência esta que vemos pelo menos desde o escolanovismo!).

Horários especiais no ensino regular, dar respaldo à parceria e direitos

O Leandro, que encaminhamos para vocês, que tem a mãe deficiente auditiva, sabe? Então, ele é muito agitado e não consegue ficar na sala. Estamos reduzindo o horário de permanência dele na escola por enquanto e orientamos que ele não fosse em um passeio, porque está muito difícil para ele estar em sala com o grupo. A mãe dele disse que vocês a orientaram a dar queixa no Conselho Tutelar porque estamos fazendo isso. Vocês realmente fizeram essa orientação?, pergunta a professora de uma EMEI⁶³. Silêncio para a resposta do Caps IJ. Uma coordenadora de outra escola complementa: *Isso, da redução de horas é uma questão. Nós precisamos de respaldo para isso. Como podemos fazer?.* Nenhuma das trabalhadoras do Caps IJ presentes no encontro conheciam o menino. A fonoaudióloga que o atendia não comentara nada sobre esse assunto quando perguntaram sobre ele, mas ela dificilmente tinha uma postura de recomendar denúncias. *Isso da redução de horas* das crianças sempre foi algo intranquilo para a equipe do Caps. Entendiam que muitos dos que atendiam se acostumavam à rotina escolar *especial* e passavam a compreender que tinham aval exclusivo para não se acostumar com a rotina regular. Passavam também a compreender que se fizessem alguma coisa que incomodasse muito as professoras, conseguiriam ir antes para casa. Compreendiam e concluíam ainda mais: que não eram capazes de estar na rotina regular como os outros. A equipe do CAPS já havia assinado um plano de redução de horas com início, meio e fim acordado entre escola, representantes do Naapa, família e Saica da criança. Saímos sentindo que erramos, porque faltou a criança na discussão.

⁶³ Escola Municipal de Ensino Infantil – escolas para crianças entre 4 e 5/6 anos de idade.

Por onde começar a discutir sem parecer às trabalhadoras da escola que a equipe do Caps II orientaria uma denúncia contra a escola e virasse essa a questão? Comecei a responder... que não acreditava ter sido exatamente essa a conduta das colegas de trabalho... Mas a redução de horas era algo sobre o qual poderíamos mesmo falar... Nesse momento, a diretora de uma EMEF, a Ana, corta a minha fala e se dirige a essas trabalhadoras da educação dizendo não ter nada que as respalde na redução de horas de um aluno, “nem mesmo o Caps”, e elas poderiam mesmo ser denunciadas por isso. Foi taxativa em que essa decisão não cabia apenas à escola e tampouco a algum médico. A mãe desse menino, supunha ela, sendo uma pessoa com deficiência auditiva, com certeza tem bastante acesso aos direitos das pessoas com deficiência e pode ter sido orientada por qualquer lugar a dar queixa. Planos de redução de horas, orientava ela, deveriam ser pactuados com a família, a escola e pelo menos a Diretoria Regional de Ensino. E com data marcada para terminar. Dificuldade de estar na sala em uma EMEI, emendava ela, era algo que a preocupava, porque as crianças depois chegariam à EMEF sem nenhuma “cultura de ficar dentro da sala de aula”. Às trabalhadoras do CAPS restou concordar com a diretora, mas acenando disponibilidade para seguir discutindo a dificuldade do Leandro. A professora que começou o assunto, no fim, só quis saber como ele estava no Caps.

Essa cena e a anterior nos davam pistas da importância do grupo para o encontro com um setor diferente. O espaço do grupo de escolas, em oposição ao encontro com cada escola, tirava-nos da relação binária pergunta-resposta, aproximar-distanciar. Era em grupo que as diferenças deixavam de ser binárias e viravam múltiplas. Em grupo, se tinham notícias do que era o trabalho neste outro setor. Apenas quem tinha corpo nas escolas, vivências e estudos nas leis da educação, poderia enxergar algumas respostas para outras escolas. Com elas, aprendíamos o que era ter um corpo na educação, e delas ouvíamos respostas que nunca conseguiríamos dar, pois aprendíamos ali. No caso anterior, o de Joaquim, as trabalhadoras do CAPS não perceberam que, para que os pais fizessem um abaixo-assinado culpando Joaquim pela ausência da professora, esta narrativa teria que ter vazado por pessoas da escola. Estávamos mais concentradas em mudar a significação sobre Joaquim, mas também isso foi trazido pelas professoras. Nos encontros promovidos por Bastos (2010), a troca de experiências e interlocução entre pares possibilitavam aos educadores que se interrogassem a respeito das diferentes significações atribuídas e naturalizadas sobre o que ocorre com cada criança ou adolescente. Em grupo, descobríamos as diferentes posturas possíveis para um fenômeno em uma escola; não trazíamos soluções extraídas de nossas imaginações

distantes sobre o cotidiano, não éramos nós as paladinas solitárias da visão humanizada e mais aberta sobre os alunos. Também era interessante a troca entre EMEI e EMEF, que recorrentemente davam notícias umas às outras sobre crianças que tiveram em comum (a EMEI dizendo de como eram, a EMEF de como estavam, além de trocarem receitas de sucesso entre uma e outra ou se congratularem).

Começava a haver o desafio de cuidarmos para não nos tornarmos um grupo que expulsaria quem pensa diferente, ao invés de discutir visões contraditórias, destino um tanto comum no funcionamento grupal. A linha divisória que faria o *nós e eles* era uma postura ética.

5.4 Sobre *surtos*, calma e a intersetorialidade de um lado só

Os encontros tiveram mais ou menos o mesmo número de pessoas participando da reunião, com mais ou menos as mesmas pessoas ou escolas representadas por alguns meses seguidos. Algumas escolas tinham representantes mais intermitentes, já outras que iam muito, e ainda outras que deixavam de ir. Algumas só apareceram no primeiro encontro. No primeiro ano, foram três as vezes que uma coordenadora saía de uma escola e era substituída por alguém que não tinha a mesma disponibilidade para o contato com o Caps – retornar ligações, aceitar conversar sobre alguma criança ou adolescente etc. Vivemos também o oposto: quase todo encontro tinha uma nova escola participante, normalmente representada por uma diretora ou coordenadora recém-chegada àquela escola a quem a ideia do encontro tinha agradado. Quando essas pessoas novas perguntavam sobre fluxos e como funcionava aquele encontro, o grupo conseguia responder partes das perguntas junto com as trabalhadoras do Caps IJ, que iam aproveitando o ensejo para mais uma vez checar se havia algo a ser alterado ou repensado. A média era de 11 escolas representadas por encontro. As ações feitas pelo Caps fora do encontro eram notoriamente maiores com as escolas que participavam dele.

Durante os encontros, algumas figuras ficaram mais marcadas, pelo menos para as trabalhadoras do Caps. Márcia, professora de uma Emei, foi uma delas. A primeira criança sobre a qual quis falar, ainda em 2017, foi Kaique, um menino de 4 anos atendido pelo Caps. Márcia dizia não ter “como fazer com ele”, que ele não parava quieto, que ninguém o segurava. Falava de um jeito exaltado sobre as impossibilidades no lidar. Quando as trabalhadoras do Caps responderam contando algumas ações que vinham sendo interessantes com Kaique, falaram a

palavra “autismo”. Depois disso, Márcia só quis falar do “laudo” que tinha que ser enviado para a EMEI “com o diagnóstico, assim que possível”. Certa vez, enquanto Márcia tinha a palavra, uma trabalhadora da educação me sussurrou que eu deveria atender não a criança, mas quem estava ali falando.

Em um outro dia, Márcia quis falar sobre Maicon, de 5 anos. Queria saber se poderia encaminhá-lo. Disse que ele *surtava* todo dia, em algum momento do dia, *do nada*, e ninguém conseguia segurá-lo. Ela *tinha que pedir* que a mãe o buscasse sempre que ele *surtava*. A hipótese de que ele teria aprendido que, fazendo assim, conseguiria ir para casa mais cedo, foi logo descartada por Márcia. Era algo que seria próprio *dele mesmo*, ainda que não houvesse histórico semelhante na CEI, escola anterior. Pessoas do grupo perguntavam se Márcia conseguia qualificar quando aconteciam os momentos de maior agitação. Márcia dizia não haver hora, nem razão, era *do nada*. Quando ele é contrariado, *será?*, uma professora perguntou. Márcia respondeu direto: *Ah, sim, pode ser um transtorno opositor, ele não consegue ouvir um não*. As trabalhadoras do Caps tentávamos lidar com cuidado com estas falas que buscavam soluções de entendimento em diagnósticos. A questão é que eles não comunicavam de verdade alguma possibilidade de imaginar Maicon nas situações escolares. Um dia, após ouvir muito a palavra *surto*, pedimos que se tentasse o exercício de usar outras palavras ao invés desta, para a melhor visualização das cenas por quem ouvia. O grupo parecia concordar com o pedido, acenando com a cabeça como quem entendia o que vinha por trás dele. Com a professora que falou em seguida ao pedido, construiu-se a seguinte descrição sobre um menino: “Não é birra, porque tem um sofrimento. Talvez um chique, porque ele realmente sente o incômodo, mas é de um jeito reclamoso, que fica até meio engraçado”. Essa formulação e o esforço em conjunto para fazê-la, a partir de perguntas do grupo, abriu para que todas passassem a pensar o que fazia o menino da história sofrer, e trouxessem histórias parecidas com desfechos diferentes ou sem desfechos.

No encontro de agosto, Márcia parecia ter entrado nessa onda. Chegou contando feitos e esboços de primeiras palavras de Kaique, assim como trazendo mais nuances sobre Maicon. Ela dizia, soando tranquilidade, que eles estavam melhores. Sua maior preocupação do momento era com o desfalde de Kaique, preocupação que ela verbalizou na mesma semana em que a mãe de Kaique trouxe a mesmíssima preocupação ao Caps II. Uma estagiária da coordenadoria, que vinha acompanhado os encontros, comentou sobre a diferença na maneira de Márcia falar sobre os alunos. Márcia sorriu e concordou.

Nos últimos encontros do ano, o grupo demonstrou muita consonância. Em todo encontro era perguntado se tinha algo a ser mudado, alguma sugestão a ser feita... e não havia nenhuma. Quando algum caso era trazido, escolas e Caps IJ propunham possíveis ações, dividindo tarefas, intervindo com hipóteses e propostas e, no geral, os dois lados saindo com encaminhamentos a serem feitos. As conversas sobre alguma criança ou adolescente puxavam temas de discussão, retornavam ao aluno, e o encontro parecia um momento de arejamento. O *problema*, no entanto, passava a ser as mães, que nem sempre levavam ao Caps IJ quando a escola encaminhava, nem sempre falavam “a verdade” a uma das partes. Víamos ao vivo que intersetorialidade por si não garante equidade.

Certo dia, uma professora contava de um menino que ela acreditava ser autista, mas ela não era *médica na escola para avaliar*. Deixamos passar a introdução, que poderia ser um pedido de diagnóstico. Ela descrevia o comportamento do menino e os desafios, contou o que tentaram fazer para que ele participasse das atividades com os outros alunos. Algumas trabalhadoras (de Caps e escolas) cumprimentaram pelas iniciativas criativas e dedicadas da professora. Ela dizia, no entanto, enfrentar dificuldade com a família, que não aceitava o que elas falavam sobre a criança, agindo como se estivesse sendo acusada de algo. Outras professoras começaram a falar sobre essas mesmas dificuldades “com as mães”. Falavam desse lugar em que elas, as professoras, ficavam, de quem normalmente tem que falar às mães que algo vai diferente com o filho delas em relação às outras crianças... e isso ser sempre delicado. Nem sempre têm certeza se o que veem é algo significativo. Se depois o médico diz que não é nada, as “mães ficam bravas” com elas. Se alguém diz que tem alguma coisa que se passa com a criança e elas não viram, “as mães também ficam bravas”, porque então as professoras não teriam reparado no filho delas a tempo.

A discussão passou a ser sobre as mães que não conseguem ouvir que tem algo diferente com seu filho e que, “quando um trabalho começa a ser feito com a criança e a criança começa a mudar, a família vai e transfere para outra escola”. Esse discurso não era muito diferente do existente entre os profissionais de alguns CAPS IJ. A discussão segue e chega no tema da Escola Especial. O tema gira em torno da aparente existência de uma luta de algumas mães para provar que a escola nada pode com aquela criança e conseguir, posteriormente, inseri-la em escola especial. “Às vezes parece que o que o filho pode conquistar é uma afronta para a família”, disse uma professora.

Conversar com uma mãe ou pai sobre um filho necessitar de outros apoios além do que é oferecido até o momento, pensar a relação de mães e pais com seus filhos, tratar do mal-estar da maternidade é tema muito delicado que merece uma discussão maior. Da cena trazida nos interessa aqui a “parceria” entre saúde e educação que se firmava também na exclusão das mães e pais. Há toda uma volta a ser dada para não fazer um pedido direto por avaliação nossa e relatório, e a volta feita é jogando um tanto para a família a questão. Na atual Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Pnepei), os diagnósticos têm uma função. Embora compactuemos com a crítica sobre seres humanos inteiros serem tomados pela insígnia do campo da Saúde, trazida por Angelucci (2014), também com esta autora aprendemos a importância desta Política para que a Educação Especial não fosse mais um capítulo à parte da Educação. Embora não faça sentido que um campo que não diga respeito a processos de ensino-aprendizagem tenha algum governo sobre os caminhos escolares que um sujeito terá, o diagnóstico hoje ajuda a que uma professora consiga apoios pedagógicos para um aluno, que se consiga transporte para os atendimentos, que uma família na qual alguém precisou parar de trabalhar para cuidar do filho consiga o Benefício de Prestação Continuada (ANGELUCCI, 2014). Era preciso uma relação em que a educação prescindisse dar uma volta para pedir papéis que ajudariam a obter acessos de alguma maneira, por mais incômodo que fosse. O que era para fins de garantia de direitos e o que era tão necessário para pensar soluções para um sujeito tornaram-se coisas misturadas.

As hipóteses diagnósticas, no entanto, ainda serviam ao processo de pedido de escola especial no Estado de São Paulo, que poderia oferecer convênio a estas escolas caso se provasse a impossibilidade de outras soluções no ensino regular. De fato, em alguns casos, a possibilidade de mudar para uma escola especial, caso não funcionasse na escola regular, parecia criar a própria impossibilidade no ensino regular para toda tentativa proposta. Um dos principais ensinamentos da Reforma Psiquiátrica foi sobre se movimentar junto com os usuários e familiares. A integralidade trata, ao fim, da gestão dos serviços de maneira a unir saberes dos trabalhadores de saúde com aqueles dos usuários e comunidade, “buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde” (KALICHMAN; AYRES, 2016). Para prosseguir, era fundamental considerar as famílias como sujeitos cidadãos a entrar nesta discussão.

No CAPS, vínhamos tentando retomar o Conselho Gestor e caminhar neste sentido, mas, como boas tentativas, havia problemas. As mães e pais que mais conseguiam participar das

discussões sobre gestão de cuidado no Caps eram os que abdicaram de seus trabalhos para cuidar de seus filhos, o que era possibilitado ou por particularidades financeiras ou por terem conseguido o BPC, o que definia um tanto os perfis de crianças que eram mais discutidas nas assembleias. Os outros familiares viviam na correria de trabalhos, tentar se dedicar ao filho, levar para atendimentos, torcer para não serem demitidos por eventualmente precisarem se ausentar para o atendimento dos filhos, buscar mais cedo na escola ou tantas outras funções que participam da sobrevivência. Em que momento as pessoas teriam tempo para ser, além de tudo, cidadãs, participarem das atividades de controle social? A começar pela trabalhadora da Segurança no Caps, que trabalhava 12 horas por dia e chegava em casa com seus filhos já quase dormindo. Como ser trabalhadora, mãe e ainda cidadã?

O SUS foi criado em um momento diferente daquele do sistema de saúde pública da Inglaterra, por exemplo, no auge do Estado de Bem Estar. Quando o SUS se constituiu, estávamos em um momento de valorização da economia de mercado e crítica ao bem-estar social. A vida neoliberal de trabalho precarizado não permite estar no ócio com os filhos, consigo ou ter muito tempo para qualquer atividade política. Os serviços do Estado, que são para quem precisa do Estado, ao tentar emancipar das ações de opressão, aparentemente a elas retorna. Com essa intersetorialidade, incluíamos marginalmente.

Era necessário apontar esse movimento no grupo e assim o fizemos em alguns momentos. Tratava-se de colocar em análise a maneira de funcionar de um grupo para que seja possível emancipar-se daquilo que se repete a partir da percepção dessas repetições que se operam (MACHADO; SAYÃO, 2017). O grupo tinha momentos de corresponsabilização interessantes, com linguagens em comum que não passassem por termos especificamente da saúde, mas o que ficava de fora era muito precioso e denotador de um funcionamento também antigo, em que Saúde e Educação, como entidades do Estado, se faziam mais autorizados a discursar sobre o corpo de quem necessita do Estado, obliterando as lacunas em que falam as Carolinas. Difícil sair desse lugar impeditivo.

Mas apontamentos foram feitos e o grupo passava a olhar também para isso, lembrando de maneiras diferentes o que de novo facilmente esquecíamos. Já alguns meses avançados no segundo ano de encontros, uma parte da equipe propôs um evento no dia da Conscientização sobre o Autismo, pedido frequente das famílias. Essa parte da equipe conseguia ficar pouco na lida dos diálogos com o fora. O nosso CAPS vinha vivendo certa tensão quanto a este assunto no território.

Os outros CAPS estavam pautando há um tempo que CAPS era para momentos de crise, a linha de cuidados da pessoa com TEA não deveria ser feita apenas pelo CAPS, e não necessariamente as crianças e adolescentes com TEA estariam sempre em atendimento na atenção secundária, uma vez que poderiam estar na escola, no CCA, na UBS, no CECCO, no parque com outras crianças.

O problema se apresentava quando, ao encaminharem esses atendimentos para continuidade na UBS, de alguma maneira, alguns vinham parar no nosso CAPS, onde alguns profissionais eram bastante dedicados a atender este público. Cheguei a receber ligações caracterizadas como “*em off*” de profissionais de UBS de outro território, com quem eu tinha feito curso de formação, perguntando se poderiam encaminhar pessoas para atendimento com a gente, mesmo não sendo do território, porque tinham ouvido que nós não tínhamos fechado para o atendimento continuado sem restrições para este público. A nossa gestora frisava que estávamos *atrasadas* em relação aos outros Caps. Existia também um crescente movimento de mães e pais neste território requisitando serviço específico para pessoas com TEA. Quando eu estava nas reuniões com os outros Caps do território, tive pouco êxito em me fazer ser ouvida sobre a hipótese de um movimento possivelmente alimentar o outro, e se retroalimentarem continuamente, pela maneira com que vinham se afirmando. Decidimos fazer o dia da Conscientização sobre o Autismo neste momento, estabelecendo uma conversação entre equipe, familiares, adolescentes e escolas, e convidando os CAPS vizinhos.

5.5 Dia de Encontro CAPSs-Escolas-Familiares-Crianças

Tínhamos planejado que o evento traria falas da fonoaudióloga do CAPS, de três familiares, e de uma pessoa do Cefai que o Naapa teria indicado para este dia. As falas das mães e pais deixaram o salão inteiro emocionado e, por um minuto inteiro, parecia, ninguém conseguiria seguir uma discussão normalmente. Nem era para ser. Eles falavam da dificuldade do diagnóstico. De suas falas, também víamos as escolhas que se impunham, entre explicar para as pessoas que olham na rua e o não explicar nunca. Uma fala expunha o que conseguiu a escola de maneira destacada: em um mês na escola, apareceram as primeiras palavras. Todas ressaltavam os desafios, as resignações e os aprendizados. A profissional do Cefai, que falaria depois, ficou com a tarefa difícil. Reiterou as falas ouvidas e disse do compromisso de não subestimar o que alguém poderia aprender. Quase parecia que seria aquele o tom do encontro, até que a roda abriu.

O primeiro a falar disse não ter conseguido atendimento em seu território, nem diagnóstico, falou das dificuldades pelas quais passou e que só conseguiu ser ouvido conosco. A gestora do outro CAPS me olhou neste momento. Eu sabia que aquela era justamente a tensão que intuíamos poder aparecer. O pai finalizou me agradecendo, nominalmente, por ter *aceitado eles* no CAPS, e eu fui muito rapidamente posta na corda bamba que eu achava que não seria só minha. Aproveitei para colocar que uma situação em que alguém está lendo de tudo na internet, ouvindo opiniões de pessoas na rua, enxergando tudo o que o filho faz como sinal de um possível diagnóstico também é crise e era papel do Caps, de acordo com as Linhas de Cuidado, auxiliar no processo diagnóstico, mas que estar no Caps dependeria de cada caso, e não do diagnóstico *a priori*. Os movimentos da conversa foram de que nem tudo justifica ficar no CAPS, para “mas só o CAPS tem” tal possibilidade, para as políticas de educação inclusiva e tudo o que pode a escola para qualquer criança.

Em seguida, familiares relataram histórias do que não pode a escola, onde ela falha, de um questionário que a escola mandou para saber sobre o filho, mas em meses ainda não tinha implementado todas as mudanças pedidas, de a Auxiliar ajudar com o banheiro, mas não no aprendizado. Mas estas eram falas que pareciam não ter sido endereçadas às escolas em questão. Então as representantes de escolas salientaram a importância do diálogo permanente, de entender o limite do outro. Lembraram de tudo o que muitas crianças juntas fazem pela outra, mas que a escola não tinha que lidar só com o autismo. *Nós professoras não sabemos de tudo, e a cada ano temos que aprender novas coisas, tem autismo, mas também tem deficiente visual, surdo-mudo, alguém que se pendura lá no alto, outro que se corta.* O Naapa aproveitou para apontar as dificuldades na escola das crianças em vulnerabilidade social e que *não acessam essa rede de apoios*. Dos apontamentos sobre o que faltaria ao outro, o outro respondia sobre os próprios limites, alguém relembra as falhas de estrutura e concluía-se sobre a importância de um diálogo que ajudasse a seguir. Havia tensões, risadas, falas das crianças no meio. Estes eram bons problemas. Não queríamos parar neles. Era consenso que se deveria continuar pedindo mais investimento nos serviços públicos. Começávamos a tentar concluir aquele encontro. Uma professora finalizou falando de sua escola: *lá, temos discutido muito que todo adulto é educador, a discussão envolve todos os setores da escola, limpeza, alimentação, auxiliares, professores... e tinha representantes de todos no último passeio. Foi meio bagunçado, mas foi.* Adultos educadores. Talvez o que essa

frase abria era que nenhum de nós está pronto no lugar de maestria em uma linha final. Aprendíamos uns com os outros na intersetorialidade.

5.6 Último encontro e a comunicação não violenta

Vale contar aquele que, depois vim a saber, seria o último encontro. Fazia alguns meses em que questões sobre como cultivar ambientes não violentos voltava. O massacre de Suzano⁶⁴ havia marcado muito todo mundo, aparecendo em falas sobre não saber o que fazer se estivessem naquela situação, mas querer prevenir que algo assim ocorresse. Se houvesse como prevenir... Estávamos em um momento diferente de quando nossos encontros começaram. A figura que ocupava a presidência fazia sinais de “arminha” e constantemente referia-se à exterminação do outro, fosse por homenagem a torturador ou por falar em campanha que iria fuzilar a oposição. Seu guru da economia era pró-mercado, com discurso forte sobre privatização. Mas não adiantava apenas essa constatação sobre o momento. Aquele grupo queria saber o que poderia ser feito.

Falavam de suscitar diálogos mais abertos com os alunos, de tentar propiciar que os incômodos que vêm do diferente, porque vêm, pudessem ser encaminhados de maneira a que as diferenças fossem vividas como experiência coletiva. Reconhecíamos que, de alguma maneira, tínhamos constituído um grupo coeso enredado em muitas diferenças. Talvez tenhamos perdido o diálogo com algumas pessoas no caminho, mas o conquistamos com outras. Ponderávamos como é difícil fazer caber todo mundo, e que tínhamos que seguir analisando nossas ações, observando os fechamentos em que caíamos. Elas pediam para que ensinássemos sobre comunicação não violenta, roda de paz. Dissemos que poderíamos chamar alguém para isso, pois não conhecíamos essas teorias. No fim, uma coordenadora e uma professora contaram das suas tentativas de solucionar os impasses na escola através de assembleias com os alunos, e que vinha sendo interessante esse movimento na escola. Ficou um pouco indefinido se no próximo encontro chamaríamos alguém ou se elas compartilhariam as suas próprias experiências. Pelo menos, fechamos a conversa tematizando o saber que estava no grupo e não era de alguém de fora. Questiono-me se pediam que ensinássemos sobre comunicação não violenta por achar que a praticávamos ou por circunscrever essa teoria ao campo da saúde. A comunicação não violenta

⁶⁴ Massacre de Suzano ocorreu no dia 13 de março de 2019, na Escola Estadual Raul Brasil no município de Suzano. Dois ex-alunos mataram cinco estudantes e duas funcionárias da escola.

fala sobre mediação de conflitos, sobre o perigo dos julgamentos que colocam algo como bom ou mal (ROSENBERG, 2015). Talvez tenha algo que vivemos ali que conflua com isso, à exceção de que se tratava de soluções externas, que teriam que ser estudadas. Mas passávamos a falar de uma atividade de formação conjunta que não necessariamente abrangia diagnósticos.

Eu descobriria, em meio às férias, depois desse encontro, que me mudaria de cidade. Avisei a Supervisão, porque planejava pedir licença para quem sabe voltar um dia. Quando retornei das férias, recebi no mesmo dia um aviso de que seria transferida para outra unidade. Nessa outra unidade, fiquei algumas semanas e pude perceber ali como no Caps tínhamos de fato passado a ter posturas de mais diálogo com a escola, pelo menos em todas as situações e conversas comigo ou em que eu estava presente. Em meu primeiro acolhimento nesta outra unidade, um menino com suspeita de deficiência intelectual fora encaminhado para definição da hipótese diagnóstica. A profissional que conduziu o atendimento perguntava o porquê, ao mesmo tempo que se queixava do relatório da escola, minimizando tanto para menino quanto para a mãe o que estava escrito. Apontou a frase sobre ele não conseguir fazer letra cursiva e falou em voz alta ser um absurdo a escola hoje em dia exigir letra cursiva. O que essa cena produzia era insuportável... Não me recordava de ter vivido mais cenas assim. Quando eu ainda estava nesta unidade, pouco antes de sair, recebi ligações do Naapa e mensagens de diretoras falando sobre o Caps ter cancelado os encontros. A equipe estava menor, explicaram-me não ter pernas para seguir com eles... Ao fim, era um encontro chamado pelo Caps, dependente de relações pessoais e sem garantias de continuidade. Todos os elementos que os artigos sobre intersectorialidade apontavam como caracterizando a maior parte das práticas de intersector. Mas as últimas semanas em um lugar que não viveu esses encontros demonstrava tudo o que ele podia para além dele.

5.7 Um fechamento das narrativas

No início deste trabalho, escrevi que o compromisso dele seria com os filhos das Carolinas, Carolinas filhas das pobres, mesmo que muitas vezes isso se dê pela construção artificial do centro – a figura do delegado. As palavras nas narrativas giraram em torno do encontro de profissionais com Capsij com as professoras e coordenadoras sendo o pano de fundo, aquilo que dava sentido ao encontro, as crianças e adolescentes que tínhamos em comum. Ainda que os textos sobre intersectorialidade apresentados concluam a importância do encontro com o intersector para

garantir princípios do SUS como equidade ou integralidade, são poucas as pistas concretas que temos sobre este fazer.

Criar intersetorialidade exige corpo, exige contagiar os próximos e os distantes de que algo naquele possível encontro faria sentido. Exige criar os encontros que construam sentido. No capítulo sobre a narrativa de Matheus, falamos do aprendizado, que pede sairmos de nós mesmos, encontrar com a alteridade, para voltar um outro a si. Encontrar-se com a alteridade exige perdas de si, nem sempre fáceis, principalmente em tempos e práticas em que a alteridade é tratada como erro.

Escrevi no início que voltaríamos a falar sobre transversalidade, elemento que serviu para pensar a escrita, também auxilia a compreendermos o movimento que fizemos na intersetorialidade. Para Romagnoli (2017), para além da contraposição às verticalizações das normas e às horizontalizações dos diferentes setores, transversalizar é subverter às estruturas binárias, quando estas reduzem a vida.

Os momentos confortáveis que havia entre nós – escola e educação – não eram confortáveis para a finalidade daquele encontro, então tínhamos que nos tirar novamente do lugar. O problema não é que houvesse parceiras - as parcerias feitas também alimentavam, davam-se suporte em momentos institucionais difíceis -. As parcerias com as escolas desencastelavam a clínica, recolocavam-na política, clínica-política. O problema não era na parceria. Era na parceria confortável, que jogasse a terceiros – normalmente o lado mais fraco - as contradições entre nós.

Os encontros constantes materializavam nossos cotidianos, agiam em ilusões, traziam realidade. Aprendemos que são as professoras que sabem avaliar e analisar o processo de escolarização das crianças, elas é que desenvolvem as estratégias na educação inclusiva... Pareceria óbvia essa afirmação, mas não era. Duas crianças *sem diagnóstico* puderam ter atendimento educacional especializado (aee), em aulas complementares à sala regular, porque assim a escola compreendeu necessário. *Dois* é um número pequeno, mas um acontecimento que sequer esperávamos. Conhecemos melhor a engrenagem: os relatórios não necessariamente eram para a professora mas, muitas vezes, para alguém na Diretoria Regional de Ensino que decidiria se aquela escola iria receber um dos poucos estagiários disponíveis na prefeitura para auxiliar no acompanhamento do aluno. E um relatório da saúde aumentava as chances da escola de receber o estagiário.

Os desafios que encontrávamos, tal como na escrita, tinham que ser resolvidos no fazer, na corresponsabilização, que não tem soluções externas simplificadoras do viver⁶⁵. O receio de ficar no lugar de saber ou o receio de que nossas palavras tivessem valor de verdade em muito pouco tempo também dava espaço para o receio de não-saber e não ter o que colaborar com o grupo. Não saber de antemão e precisar do grupo para pensar, tornou-se momento precioso nesses ciclos de discussão.

O contato regular entre CapsIJ e Escola auxiliava na rapidez dos processos para a população atendida. Lembro de, quando cheguei no Caps, ver mais de uma vez uma mãe solicitar relatório porque a escola estava pedindo e a profissional do Caps pedir de volta para a mãe requisitar que a escola fizesse o pedido por escrito ou enviasse um relatório primeiro, e assim os processos vão se retardando... A rapidez também era porque dávamos devolutivas sobre os combinados no mês anterior e, se houvesse algo que tivéssemos esquecido, as trabalhadoras das escolas lembravam.

Os saberes da educação e saúde se distinguem, porque são produzidos por agenciamentos diferentes, tempos diferentes, outras palavras. Isso rachava com a possibilidade de tratarmos as crianças e adolescentes com quem lidávamos como totalidade fechadas. Se, no início de nossos encontros, as diferenças nas falas dos profissionais do CapsIJ e da escola produziam um espírito comparativo e competitivo (afinal, quem teria razão?), manter esses encontros fez com que fosse possível agirmos na hierarquização dos saberes entre Caps IJ e escola, valorizar as diferenças e buscar abertura para que coubesse os discursos dos Joaquins. Foi possível significar que o encontro permitiu um exercício constante de cuidado sobre as hierarquizações e a naturalização dos saberes. E, sabemos, essas hierarquizações e naturalizações estavam encarnadas, também, dentro da própria estrutura de cada um dos equipamentos: Capsij e escola.

⁶⁵ O gestor do Caps AD que atendia Matheus costumava dizer que todo problema complexo, processual, de difícil resolução, normalmente tem uma solução simples, rápida e errada. Gosto dessa frase.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma última história:

Pedro, filho de Wanda, tinha 8 anos e chegou ao Caps dizendo que seu cérebro não sabia aprender. Wanda concordava e trazia histórias para exemplificar. Depois da escola, Pedro passava o dia sozinho em casa. Wanda foi para São Paulo fugindo de seu ex-marido que a agredia. Pedro e Wanda não tinham mais ninguém na cidade, a família toda morava no lugar de onde eles vinham. Antes, Pedro podia brincar com os meninos na rua até sua mãe chegar do trabalho. Uma vez ele saiu para furtar com os meninos e ela não viu outra opção. Ele me contou que a marca na mão dele era ovo frito, que sua mãe pôs quente na palma dele direto da frigideira, uma ação desesperada para que ele nunca mais quisesse ser ladrão. Ele ter me contado não era segredo: no fim do atendimento, ela perguntou se ele contou direitinho o que aconteceu. Eu-delegada. Conseguimos que ele ficasse no contraturno da escola em um CCA. Outro dia, em uma brincadeira, o cérebro de Pedro conseguiu aprender letras, ele só percebeu isso depois. O olho de Pedro brilhava contando para Wanda as letras que ele aprendeu sem perceber. O olho de Wanda também brilhava. Percebi que para eles acreditarem no que havíamos dito, que Pedro aprenderia, precisava ocorrer que ele aprendesse.

Não há ponto final nesta história. Existe uma dureza da realidade que perdura para uma minoria-na-verdade-maioria. Trabalhar na dimensão das relações, falar em primeira pessoa, tornou-se difícil com os direitos humanos sendo atacados ao redor. No Fórum da Abrasme sobre direitos humanos em 2019, Eduardo Mourão Vasconcellos, uma referência da Reforma Psiquiátrica, disse que não tentássemos segurar a Reforma Psiquiátrica na unha, entendêssemos o momento, fizéssemos o que nos cabe. E o que me cabia na prática do trabalho em saúde era bastante.

Fiz e refiz a história de Matheus até compreender elementos não previstos, ali presentes. A primeira narrativa discorria sobre as aproximações, mas era salpicada de incômodos com a postura dos professores. O procedimento da pesquisa deu relevo ao seguinte fato: a maneira como me colocava compunha com a criação daquelas posturas. Nossa presença na produção daquilo que buscamos superar, se produz na história das experiências em que nossas práticas se constituem, uma história com contradições, ecos, invenções, disputas. As narrativas exigiram várias versões, e se fôssemos manter esse trabalho de revisão, perceberíamos escritas que poderiam ser

reformuladas de maneira a fazer a experiência refletida ecoar mais a dimensão pública da construção das questões discutidas nos encontros.

Voltolini (apud, Fonseca, 2017a) faz a hipótese de que há uma lógica de resolução de problemas presente na maneira com que a escola comunica ao externo as suas dificuldades que se relaciona com um esvaziamento da dimensão política e enfoque em uma racionalidade de gestão. Para Peter Conrad (1975) o apagamento dos aspectos políticos de um comportamento desviante é resultante da combinação dos processos de medicalização (tornar um fenômeno social como da ordem médica) e individualização dos problemas sociais⁶⁶. Essas discussões criam a questão sobre como articular o político, ou uma política, neste campo.

No primeiro encontro feito no Caps, foram as educadoras (e não os trabalhadores do Caps II) que falaram do cuidado do cuidador, da precariedade do trabalho e do adoecimento. Aquilo que acontecia com elas, não poderia ser reduzido a um problema produzido fora das condições de existência.

Os Caps surgem como resposta ao pensamento que totaliza e silencia fenômenos de vida. As demandas não são obstáculos ao trabalho, são parte constitutiva dele. Os encontros com as escolas, por serem em grupo, permitiam que saíssemos de um funcionamento binário para divergir no múltiplo. Não éramos *elas e nós*. Nosso oponente não eram as professoras que pediam diagnóstico, mas uma lógica que silencia o outro, e que tem a ver com o medo de perder (MACHADO, 2014). Porque há perdas quando fazemos que mais gente caiba em uma sala de aula, em uma empresa, perdas no sentido de que se produzem alterações naquilo que existia e que pensávamos antes: perder é tomado como diferente de enfraquecer. São perdas que fortalecem, por serem necessárias para ampliar as possibilidades de vida. O encontro com a alteridade tem disso, de poder perder-se para retornar a si outro.

Esse trabalho dispara outras questões relacionadas ao contexto atual, que têm que ver com a possibilidade do fazer democrático neste sistema, a impossibilidade de diálogo e abertura ao outro. Mas, por ora, seguirão como questões.

⁶⁶ Assim, é o mesmo pensamento que hoje interna adolescentes com o diagnóstico de transtorno de conduta (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019), ou que diagnosticava os escravos com drapedomania (a doença de correr para longe) (CONRAD, 1975).

REFERÊNCIAS

ABRAO, J. L. F.. As origens da psicanálise de crianças no Brasil: entre a educação e a medicina. *Psicol. estud.*, Maringá , v. 14, n. 3, p. 423-432, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2018. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300002>.

Aguiar, K.F. Rocha, M.L. Micropolítica e o exercício da pesquisa intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia ciência e profissão*, 2007, 27(4), pp.648-663.

ALAION, A.R.(2017) *Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica: território, NASF e produção do cuidado*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017, 110f

AKERMAN M; FRANCO DE SÁ, F.; MOYSÉS, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 01 Nov 2014, vol 19(11), pp.4291-4300

AMARANTE, P.D.C. *Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil*. In: AMARANTE, P.D.C (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM – 5*. PortoAlegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, T. – Diálogos entre teoria e prática na formação de professores – a experiência de Antipoff. In: NASSIF, L.E.; NUNES, M.T. (org). *Formação de professores: diálogos com a experiência antipoffiana 2*. 2ed. Belo Horizonte: editora PUC Minas, 2008, p.95-124

ANGELUCCI, C.B. *O educador e o forasteiro: depoimento sobre encontros com pessoas significativamente diferentes*. 2009. 167 p. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009

ANGELUCCI, C.B. Medicalização das Diferenças Funcionais – Continuismos nas justificativas de uma Educação Especial Subordinada aos Diagnósticos. In: *Rev. Nuances: estudos sobre Educação*, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 116-134, jan./abr. 2014

ANTIPOFF, - *Coletanea das obras escritas de Helena Antipoff* .- Fundamentos da Educação Volume II. Belo Horizonte: Imprensa Oficial 1999

ANTUNES, R.L.C. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2a Ed. – São Paulo: Boitempo, 2009

ARANHA, M.L.A. *História da Educação*. São Paulo: Moderna, 1989.

AYRES, JRCM. *A Saúde Coletiva e o Espaço Público Moderno: Raízes histórico-sociais da ciência epidemiológica*. Proj. História, São Paulo (23), nov 2001

AZEREDO, Y. *Saúde coletiva e filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização*. Mestrado em Medicina Preventiva. -- São Paulo, 2017

BASTOS, Marise Bartolozzi. *Incidências do educar no tratar: desafios para a clínica psicanalítica da psicose infantil e do autismo*. 2012. 224f. Tese de doutorado (doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012

BASTOS, M.B.; KUPFER, M.C.M. A escuta de professores no trabalho de inclusão escolar de crianças psicóticas e autistas. *Estilos da Clínica*, Brasil, v. 15, n. 1, p. 116-125, June 2010. ISSN 1981-1624. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46081>>. Acesso em: 05 May 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v15i1p116-125>.

BASTOS, Marise Bartolozzi. Transmissão da psicanálise a educadores: quando a circulação da palavra implica um fazer- dizer.. In: *Psicanálise, Educação e Transmissão*, 6., 2006, São Paulo. Anais eletronicos... Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032006000100005&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 07 Dez. 2017.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, M.R. *As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais*. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98 , dez . 1996

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 11-16, 2005 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312005000300002&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Feb. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAËS, R. et al. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, Cap. 2, p. 59 a p.71.

BOITEUX, L.; CASTILHO, E.; VARGAS, B.; BATISTA, V.O.; PRADO, G.L.M.; JAPIASSU, C.E.A. *Tráfico de Drogas e Constituição - Série Pensando o Direito*, n.1 Rio de Janeiro/Brasília: 2009

BORDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Lisboa: Fim de Século-Edições, Sociedade Unipessoal, 2003

_____ & Champagne, P. Os excluídos do interior. In: *A Miséria do Mundo*. 9 ed.- Petrópolis, RJ. Vozes: 2016

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06/04/2001[Lei Paulo Delgado] Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

BRASIL, 2014. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Ministério da Saúde: 2014.

_____. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em 05/02/2017

_____. Portaria nº3099, de 23 dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 05/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, 2010.
BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de atenção às pessoas com TEA e suas famílias na rede de atenção psicossocial do SUS. Brasília, 2015.

BUENO, J.G.S. Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente – São Paulo: EDUC. 1993

CAMPOS, G.W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):393-403, 1999

CAMPOS, R.H.F. *Helena Antipoff: psicóloga e educadora; uma biografia intelectual*. Fundação Miguel de Cervantes, Rio de Janeiro: 2012

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CARVALHO, G.C.M. 2007 – *Participação da Comunidade na saúde* – Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007

CARMO, M.E.; GUIZARDI, L.B. Desafios da Intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e de assistência social: uma revisão do estado da arte. In *Physis*. 2017, vol.27, n.4, pp.1265-1286. ISSN 1809-4481.

CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia – o discurso competente e outras falas*. 2ª ed São Paulo: Ed. Moderna, 1981

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p. 12–21, out. 1975.

Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

_____. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. (Chapter One: Medicalization: context, characteristics and changes)

CORÁ, E.J.; TRINDADE, L.L. Intersetorialidade e Vulnerabilidade no Contexto da Educação Integral In: *Educação em Revista*, 01 December 2015, Vol.31(4) pp.81-94

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3ª ed ver – Rio de Janeiro: Campus, 1980

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 30, n.4, pp. 390-398, 2008

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G., 2015. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), pp.17-40.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. *Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis*. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60 -79; 2008.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* – São Paulo: Cortez-Oboré, 1987

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 63(2), p. 114-21, 2011.

DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* São Paulo: AnnaBlume, 2011

DUNKER, C.I.L., KYRILLOS, F.N. *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana, 2015

ESCOHOTADO, A. *Historia Elemental de las drogas*. Barcelona: Editorial Anagrama, S.A., 1996

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D.F.. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: a source rich in history. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 527-535, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600015>.

FALER C.S.; BELLINI, I.B.; SCHERER, P.T.; MACHADO, R.Z.GOMES K.C. Intersetorialidade e Política Pública de Educação: articulações e debates In: *Investigação Qualitativa em Educação*. Vol 1., 2016

FERREIRA NETO, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(2), 390-403.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.9, n. 18, p. 489-506, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2018.

FONSECA, P.F.; Para além do diagnóstico. IN: KUPFER, M.C.M.; PATTO, M.H.S.; VOLTOLINI, R. *Práticas Inclusivas em Escolas Transformadoras: acolhendo o aluno-sujeito*. São Paulo: Escuta, 2017a

FONSECA, P.F.; *Psicanálise e Educação: inquietações políticas – um debate a partir do encontro da psicanálise com a Educação Infantil no Brasil*, 2017. 156f. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017b

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975/1976)*. Tradução GALVÃO, M.E. – São Paulo: Martins Fontes, 1999

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2010

_____. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*; tradução: RAMALHETE, R. 42 ed. Petrópolis, RJ: VOZES 2014

FRANCO, M. *UPP - A Redução da Favela a três letras: uma análise da política de segurança pública do Rio de Janeiro*. 2014. 134 p. Dissertação de Mestrado (mestrado em Administração), Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Turismo da Universidade Federal Fluminense, 2014

FREITAS, M. C. A criança problema: formas de coesão contra o pobre e formas partilhadas de preterição social. In: André Mota; Lilia Blima Schraiber. (Org.). *Infância & Saúde: perspectivas históricas*. 1ed São Paulo: Editora HUCITEC, 2010, v. 1, p. 60-88.

FREITAS, M. C. Desempenho e adaptação da criança pobre à escola: o padrão de pesquisa do CRPE-SP. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 683-698, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022014000300007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022014091590>

FUNASA – Cronologia Histórica da Saúde Pública, ago, 2017, acessado em: <http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica>

GARCIA, R.A.G. Arthur Ramos e Druval Marcondes: higiene mental, psicanálise e medicina aplicadas à educação nacional (1930-1950). *Educ. Soc., Campinas*, v. 35, nº. 128, p. 629-996, jul.-set., 2014

GERALDI, J.W. Educação sem enxada e sem ritalina: Alfabeto, alfabetização e higienização. . In: COLLARES, C.L.A.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

GERSHMAN, S. 1995 – *A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1ª ed, 1995

GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996.

GONCALVES JUNIOR, Oswaldo. Iniciativa privada na Educação pública: a Fiat e o Programa Moto Perpétuo. *Educ. Pesqui.*, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 47-62, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022008000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000100004>.

GOMES, R.M. *Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010

GORI, Roland; DEL VOLGO, Marie-José Nouveau Millénaire, défis libertaires. *De la société de la norme à une conception managériale du soin*. Connexions. 1/2009 (no. 91), p. 123-147

JANUZZI, G.S.M. *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI* – 3ª ed ver – Campinas, SP: Autores Associados, 2012

JESUS, C. M. de. (1960). *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Livraria Francisco Alves (Editora Paulo de Azevedo Ltda).

LIMA, N.T., GERSCHMANN, S., EDLER, F.C., SUÁREZ, J.M. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. SciELO-Editora FIOCRUZ. 2005

LIMA, L. A. G. (2012). Ascensão e queda da infância: um estudo sobre a concepção de criança na psicanálise de Durval Marcondes e seus impactos na psicologia brasileira. In: Patto, M.H.S. (Org.). *Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 81-106.

LUZ, M.T. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80* – Physis – Revista de Saúde Coletiva, Vol 1, N°1, 1991.

LUZ, M.T. *A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades*. In: AMARANTE, P.D.C (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994*

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n.8, e00183415, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020. Epub Aug 08, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

KARAM, Maria Lucia. *A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008

KASTRUP, Virgínia. A experiência de perder a visão: reabilitação funcional e reinvenção existencial. *Ayvu: Revista de Psicologia*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 02-27, dec. 2015. ISSN 2446-6085. Disponível em: <<http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/64>>. Acesso em: 16 jul. 2018. doi:<https://doi.org/10.22409/ayvu.v2i1.64>.

KUPFER, M.C. *Freud e a Educação: o Mestre do Impossível*. 3 ed. São Paulo: Editora Scipione, 1997

KUPFER, Maria Cristina Machado. *Educação Para o Futuro: psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta, 2000.

MACHADO, A. M. *Reinventando a Avaliação Psicológica*. São Paulo. Tese (Doutorado). IP-USP, 1996.

MACHADO, A.M. -Perdas e apostas na luta contra o silenciamentos presente no processo medicalização – revista entreideias, Salvador, v.3, n.1, p.111-123, jan-./jun.2014

MACHADO, A. M. Analisar uma cena é construí-la. In: *Caderno de debates do núcleo de apoio e acompanhamento para aprendizagem*, v.2[S.l: s.n.], 2016.Disponível em: 25 de jul 2016 Recuperado de <http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/30293.pdf>.

MACHADO, A.M.; LERNER, A.B. FONSECA, P.F. Movimentos políticos e discursivos em Psicologia e Educação: fragmentos de uma história. IN: MACHADO, A; LERNER, A. FONSECA, P. (orgs). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação*. São Paulo: Blucher, 2017

MACHADO, A; LERNER, A. FONSECA, P. (orgs). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação*. São Paulo: Blucher, 2017

MACHADO, A.M.; SAYÃO, Y. Plantão Institucional em tempos difíceis: uma prática *psi* no campo da Educação. In: IN: MACHADO, A; LERNER, A. FONSECA, P. (orgs). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação*. São Paulo: Blucher, 2017

MAZZOTA, M.J.S. *Educação especial no Brasil: História e políticas públicas* – 5ª ed – São Paulo: Cortez, 2005

MEDEIROS, M.; BARBOSA, . CARVALHAES, F. *Educação, desigualdade e redução da pobreza no Brasil*. In: Repositorio IPEA. (2019).

MEHRY, E.E, FRANCO, T.B. *Mapas Analíticos um Olhar sobre a Organização e seus processos de trabalho*. 2007. Disponível no endereço [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atenaodomiciliar/textos/mapas analíticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atenaodomiciliar/textos/mapas_analíticos.pdf).

MEHRY, E.; FEUERWERKER, L.M. e GOMES, M.P.C. *Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado*. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-21.pdf>

MELO JAC; SCHRAMM FR. Educação: razão e paixão. In: Cardoso de Melo JA, organizador. *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: ENSP; 1993. p. 19-26.

MELO, J. A. C. Trabalho Educação e Saúde: da pedagogia à uma socio-antropologia das organizações de saúde - uma desconstrução. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007a. p. 11-20.

MELO, J. A. C. Educação e as Práticas de saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007b. p. 21-34.

MENDES, Á. *A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa*. (2017). In: Centros de Estudos Estratégicos – Fiocruz. Seminário Futuros do Brasil: Saúde sem Dívida e sem Mercado – Saúde: fontes de financiamento em disputa, em 28/06/2017

MENDES, E.G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. V.11. n.33. set.dez.2006

MENDES, E.G. Breve histórico da educação especial no Brasil. *Revista Educación y Pedagogía*, vol.22, num.57, mayo-agosto, 2010

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Resolução nº01/2015*. Conad/MJ: 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2010.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil In: *Katálysis*, 01 May 2011, Vol.14(1), pp.41-49

MOTA, A., SCHRAIBER, L.B. A Infância da Gente Paulista: discurso eugênico nos anos de 1930-40. In: MOTA, A., SCHRAIBER, L.B. (Orgs.) *Infância e Saúde: perspectivas históricas*. São Paulo, Hucitec, 2009

MOYSÉS, M. A.A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, C.L.A.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (Orgs.). *Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al . Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, e00194916, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 fev. 2020. Epub 05-Fev-2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.

MOURA, A. H. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MULLER, T.M.P. A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville (1903-1920). *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília: Unesp, v.6, n.1, 2000, p.79-97

NADER, A.R. *Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário: fabricando formas de luta*. 2017. 146f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017

NAVARRO, D. *Psiquiatria y Nazismo*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2010.

NOVAES, H.M.D. A Puericultura em Questão In: MOTA, A., SCHRAIBER, L.B. *Infância e Saúde: perspectivas históricas*. – São Paulo: Hucitex/Fapesp, 2009

NUNES, R. Medicalização da educação e racismo da inteligência. In: COLLARES, C.L.A.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. *Rotas de fuga: trajetórias de jovens na rede social do tráfico de drogas : caminhadas / Jailson de Souza ... [et al.]*; Organização Internacional do Trabalho - Brasília: OIT, 2009 acessado em < http://of.org.br/wp-content/uploads/2016/03/RotasdeFuga_Pesquisa.pdf data: 15/06/2018

ONOCKO-CAMPOS, R.. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. v. 25, n. 58, 2001, pp 88-97.

Disponível em

http://unicamp.academia.edu/RosanaOnockoCampos/Papers/1058537/Clinica_a_palavra_negada_sobre_as_praticas_clinicas_nos_servicos_substitutivos_de_saude_mental

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc.*, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 205-218, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAIVA, V. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? In: SILVA JR, N; ZANGARI, W (orgs). *A Psicologia Social e a Questão do Hífen*. São Paulo: Blucher, 2017 em <https://openaccess.blucher.com.br/article-list/9788580392357-342/list#event> Acesso em 01/05/2017

PAIM, J.S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI* – Salvador: EDUFBA, 2006

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N.. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 299-316, Aug. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

PALACIOS, Agustina. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cermi, 2008.

PARRA, Vanessa M. Agustina Palacios y Javier Romañach, *El modelo de La diversidad. La bioética y los derechos como herramientas para alcanzar la plena dignidad funcional*, Diversitás Ediciones, Madrid, 2006, 249p. In *Derechos y Libertades*. N. 17, Época II, junio 2007, p. 231-239. Disponível em: www.dykinson.com/cart/download/articulos/3949

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma Política da Narratividade. In. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009

PATTO, M.H.S. *Psicologia e Ideologia (uma introdução crítica à psicologia escolar)*. – São Paulo: T.A. Queiroz ed., 1984

PATTO, M.H.S. *A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1990

PATTO, M.H.S. Para uma crítica da razão psicométrica. In: MACHADO, A; LERNER, A. FONSECA, P. (orgs). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação*. São Paulo: Blucher, 2017

PITTA, A. Apresentação In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec, São Paulo, 2ª ed, 2001

PRADO JR, C. *História Econômica do Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1961

PRADO JR., C. *A Revolução Brasileira; A Questão Agrária no Brasil*. 1ª ed. São Paulo: Cia das Letras, 2014

REIS, J. . Anos 1960: Caio Prado Jr. e "A Revolução Brasileira". *Rev. bras. Hist.*, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 245-277, Sept. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881999000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01881999000100012>

REIS, AOA; DELFINI, SS; DOMBI-BARBOSA, C; NETO, MMB. Breve História da Saúde Mental Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO,E, TANAKU, OY.(orgs) *Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS.São Paulo: Hucitec, 2010.*

RIVERA, F. J.U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: RIVERA, F.J.U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. p. 11-55.

RIZZINI, I. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil – 2ª ed.* Ver. São Paulo: Cortez, 2008

RODRIGUES, D. A Educação e a Diferença. IN: RODRIGUES, D. (org) *Educação e Diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva.* Portugal: Porto Editora Ltda., 2001

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição In: LABATE, B.C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (orgs). *Drogas e cultura: novas perspectivas* Salvador: EDUFBA, 2008.

RODRIGUEZ, A; FERNANDES, F.L; SOUZA E SILVA, J. Redes Sociais dos Adolescentes e Jovens Envolvidos no Tráfico e suas Relações com as Drogas: Reflexões a Partir de Aprendizados do Programa Rotas de Fuga. In: SILVA, E.A; DE MICHELI, D. (orgs). *Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa.* São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011

ROMAGNOLI, R.C. *Transversalizando as políticas públicas: quando a intersectorialidade se torna rizomática.* *Psicologia em Estudo* 22.3 (2017): 421-432.

SAGAWA, R.Y. *Durval Marcondes.* Rio de Janeiro: Imago, 2002

SÃO PAULO. *Lei 2311/16. Modifica a denominação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.* Disponível em: <http://www.sinesp.org.br/index.php/179-saiu-no-doc/1206-portaria-n-2-311-2016-sms-g-modifica-a-denominacao-dos-centros-de-atencao-psicossocial-infantil>

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec, São Paulo, 2ª ed, 2001

SAVIANI, D. *Escola e Democracia*. 42a ed. Autores Associados. Campinas: 2012

SAWAIA, B. Introdução: Exclusão ou Inclusão perversa? IN: *As artimanhas da exclusão – análise psicossocial e ética da desigualdade social* 2ª ed Editora Vozes Ltda Petrópolis, RJ

SEKKEL, MC.; ZANELATTO, R; BRANDAO, S.B. Ambientes inclusivos na educação infantil: possibilidades e impedimentos. *Psicol. estud.*, Maringá , v. 15, n. 1, p. 117-126, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2018.

SILVA, K. C. S.; ANGELUCCI, C. B. A lógica medicalizante nas políticas públicas de educação. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, p. 683-696, ago. 2018. ISSN 1984-686X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/29132>>. Acesso em: 21 dez. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/1984686X29132>.

SINGER, P. *Introdução à Economia Solidária* – São Paulo: Editora Fundação PerseuAbramo, 2002

SILVA, R.; DUTRA, R.; SOTER, A.P.M.; Gomes, M.S.M.; Silva, R.; Lobato, A.L. , Painel sobre Intersetorialidade: entrevistas e debate com gestores de seis diferentes Ministérios do Governo Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 01 Nov 2014, Vol. 19(11), pp44877-4503

SOARES, C.B. *Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva*. 2007. Tese (Livre Docência em Enfermagem em Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007

SOFIATO, C.; ANGELUCCI, C. (2017). Educação inclusiva e seus desafios: uma conversa com David Rodrigues. *Educação E Pesquisa*, 43(1), 283-295. <https://doi.org/10.1590/s1517-97022017430100201>

SOUZA, M.P.R. Psicologia escolar na luta por uma atuação ético-política na educação básica. IN: MACHADO, A; LERNER, A. FONSECA, P. (orgs). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação*. São Paulo: Blucher, 2017

SOUZA, T.P. *A Norma da Abstinência e o Dispositivo “Drogas”: Direitos Universais em Territórios Marginais de Produção de Saúde (perspectivas da redução de danos)*. 2013. Tese de

Doutorado (doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2013

SPAGNUOLO, L.S. *Acompanhamento terapêutico na escola: entre o educar e o analisar*. 2017. 186 p. Dissertação de Mestrado (mestrado em Psicologia e Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2017

TAÑO, B. L., MATSUKURA, T. S.; Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479> > acesso em 19 set.2016

TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. *Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil*. Physis, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100607&lng=en&nrm=iso>. access on 19 DEZ. 2019. Epub June 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.

TEIXEIRA, A. A escola pública, universal e gratuita. In: *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Vol. XXVI, Nº64, Outubro-Dezembro, 1956

TELLES, H.P.R.S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2016

TENÓRIO, F.: 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan.-abr. 2002.

VALLA, V.V.; MELLO, J. A. C. Sem Educação ou Sem Dinheiro?. In: Minayo, MCS (org) *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo e FASE, 1986. P. 21-35

VERZOLLA, B.L.P. *Medicina, saúde e educação: o discurso médico-eugênico nas teses doutorais da Faculdade de Medicina e cirurgia de São Paulo entre 1920 e 1939* (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017

VICENTIN, C. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. IN: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.17, n.1, 2006

VICENTIN, M.C.G. Criançar o Descriançável. In: Lauridsen-Ribeiro, E., Lykoropoulos, C.B. (orgs). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. 1ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2016

VICENTIN, M.C.G; ASSIS, D.A.D.; JOIA, J.H. *O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: entre proteção e tutela no caso de uso de drogas*. In: Diké, Aracaju, ano IV, vol. I, jan/jul/2015, p.21 a 50, julho/2015|www.dikeprodirufs.br

VINCENTIN, M.C.G.; GRAMKOV, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre Saúde Mental, Justiça e Juventude In: *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2016

VICENTIN, C.; BLIKSTEIN, Interações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes: Um analisador da reforma em saúde mental. In: SURJUS, L.T.S.; MOYSÉS, M.A.A.M, *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019

VOLTOLINI, R.; Saúde Mental e Escola, *Caderno de debates do NAAPA : questões do cotidiano escolar*, São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. – São Paulo : SME / COPED, 2016. Disponível em<<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/27154.pdf>> acesso em 18 set 2016

VOLTOLINI, R. Formação de professores e psicanálise. In: KUPFER, M.C; PATTO, M.H.S.; VOLTOLINI, R. (Orgs). *Práticas inclusivas em escolas transformadoras: acolhendo o aluno-sujeito*. São Paulo: Escuta: Fapesp, 2017

ZANCAN, L; MATIDA, AH. (2015). Trajetórias de Joaquim Alberto Cardoso de Melo: Quincas, Um berro à vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3275-3282. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.14622015>. Acesso em: 15 out 2017

ZANIANI, J.M.; LUZIO, A.E. A Intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. In: *Psicologia em Revista* Jan 2014 Vol.20 (1) pp56-77

ZAPLETAL, Patrícia Peixoto. *Ampliação da jornada escolar: mais aprendizagem de quê?*. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/D.48.2017.tde-10042017-130444. Acesso em: 2020-02-19.

ZORZANELLI, R.T. ORTEGA, F. BEZERRA, J. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2020. *Cienc. Saúde coletiva*. 2014, vol. 19, n.6, pp. 1859-1898. ISSN 1413-8123

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO I DO CEP

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SAO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa-intervenção no território: o que podem um Caps IJ e escolas construírem em

comum?

Pesquisador: Renata Penalva Vieira da Silva

Area Temática:

Versão: 1

CAAE: 17282119.0.0000.5561

Instituição Proponente:UNIVERSIDADE DE SAO PAULO **Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.518.125

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora é também trabalhadora de um equipamento de saúde do município, a saber, um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ). A partir de embasamento teórico sobre saúde mental, educação e intersetorialidade, trar-se-ão narrativas analíticas construídas a partir de cenas de diário de campo sobre as ações intersetoriais já realizadas neste Caps IJ com as escolas do território. A partir da análise da relação histórica entre saúde mental e educação, combinada com as narrativas analíticas sobre os processos destas ações intersetoriais, serão analisadas as relações entre as instituições educação e saúde mental hoje, dentro e a partir de seu contexto social, uma vez que é trazido a partir de uma trabalhadora inserida nele, não vindo de uma pesquisadora de fora que intervém com um trabalhador. Assim, a pesquisa-intervenção intervém no corpo da pesquisadora-trabalhadora, que poderá melhor acessar entendimento sobre os processos institucionais dos quais faz parte e constrói, podendo pensar os entraves e brechas, as insuficiências e as buscas que permanecem nas ações intersetoriais que partem da saúde para outros campos de atuação. Assim, o fazer construído em comum e na diferença entre campos de conhecimento e ação é posto em análise, assim como a própria construção da narrativa analítica de cena também o é, tratando-se não de experimento, mas de ação crítica e indutiva (Secretaria Municipal

de Saúde de São Paulo, 2007), em que a análise de implicação já é conhecimento dos processos institucionais.

Objetivo da Pesquisa:

Este trabalho é dedicado a pensar as práticas no campo da saúde mental infantojuvenil na intersetorialidade com a educação a partir de uma posição ética que se opõe a exclusões, normatizações, marginalizações. A proposta é usar elementos da Reforma Psiquiátrica e da ética inclusiva para pensar as práticas na saúde mental infantojuvenil na tentativa de encontro com a educação de modo a não submeter a educação à saúde, tentando emancipar da posição historicamente colonizadora que a saúde mental se coloca em relação à educação, seja a partir de práticas medicalizadoras ou que neguem a entrada no campo de forças por discordar de práticas reducionistas. Ao longo do desenvolvimento do objeto de pesquisa, as discussões a partir das referências bibliográficas mostraram-se atravessadas pelas práticas que vivo no Caps Infantojuvenil em que trabalho, no município de São Paulo, a partir de encontros que coordeno desde setembro de 2017 com os profissionais das escolas do território, e

das práticas que geraram a proposta do encontro. Por sua vez, os encontros com as escolas também se faziam afetar pela construção da pesquisa teórica, em um movimento dialético que provocou a busca pela construção de uma escrita-práxis, a partir do entendimento de pesquisa-intervenção, em que a pesquisa acadêmica vem a partir da prática do cotidiano dos serviços e não afastada dela, para a ela retornar. Pretende-se usar o recurso de narrativas analíticas sobre as ações que realizei e realizo enquanto trabalhadora em um Caps, para somar à revisão bibliográfica na discussão acerca da ética do encontro possível entre saúde mental e educação, pergunta principal deste trabalho e, desta maneira, emancipar entendimento da trabalhadora sobre suas ações. As narrativas analíticas, por sua vez, servem a organizar o pensamento teórico a partir da prática, de maneira que possibilite emancipar de posições instituintes que brecam movimentos práticos de construção de uma sociedade inclusiva, sem manicômios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos todos os riscos. Quaisquer personagens que apareçam nas narrativas analíticas terão seus nomes mudados para nomes fictícios. O sujeito da pesquisa, no entanto, é um "sujeito coletivo": a intersetorialidade de instituições. Embora já se tenha a autorização do CEP local e da sede da pesquisa (conforme documentos anexados), pode haver o risco de que entre um novo trabalhador no Caps Ij que não tenha participado da construção desta autorização e não se sinta confortável em saber que pode estar em alguma cena analisada. Pensamos que a análise de implicação permanente possa também olhar para a maneira como se formará a narrativa analítica na escrita e a discursividade sobre a pesquisa no local de trabalho.

Benefícios:

Espera-se que o retorno da pesquisa possa beneficiar trabalhadoras e trabalhadores do Caps Ij às voltas com a proposta de uma sociedade mais inclusiva, e os trabalhadores e trabalhadoras das escolas que constroem em conjunto as ações intersetoriais Caps-escolas, podendo proporcionar práticas mais corresponsabilizadas e acolhedoras entre os equipamentos, beneficiando indiretamente às crianças e adolescentes que estes serviços têm em comum.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem interesse em aprofundar as relações entre instituições distintas, com propósitos distintos mas que tem elementos de interface e conexões inevitáveis na vida concreta dos sujeitos e dos profissionais. Trata-se da relação entre as instituições de saúde mental, especificamente os CAPS, e as instituições escolares. A intenção geral da pesquisa é contribuir com a ainda necessária e presente luta antimanicomial a partir da compreensão dos empecilhos para consolidar tais lutas. Entre elas os entraves inter institucionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Embora extenso e excessivamente explicativo, contém as informações necessárias para o pesquisado compreender o caráter da pesquisa e os eventuais riscos, bem como as informações que conferem ao pesquisado o direito a interromper, denunciar e solicitar auxílio psicológico durante a após a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está pendente. Solicita-se que o projeto seja retirado do processo de avaliação desde que confirmadas as características do artigo primeiro, parágrafo único, inciso VII da Resolução no. 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução CNS no 466 de 2012 e a Norma Operacional no 001 de 2013 do CNS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP. Após esse prazo, o protocolo será arquivado.

Considerações finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no 510 de 2016, na Resolução CNS no 466 de 2012 e na Norma Operacional no 001 de 2013 do CNS, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão de seu parecer final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1371435.pdf	11/07/2019 15:21:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador_assinada.pdf	11/07/2019 15:21:01	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	11/07/2019 10:45:21	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.docx	10/07/2019 22:35:21	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_CRSSul_prefeitura.pdf	26/06/2019 15:33:53	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada_diretora_IP_USP.pdf	26/06/2019 15:33:13	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Agosto de 2019

Assinado por:**Jose de Oliveira Siqueira (Coordenador(a))****Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27**Bairro:** Cidade Universitária **UF:** SP **Município:** **Telefone:** (11)3091-4182**CEP:**

05.508-030

E-mail: ceph.ip@usp.br

SAO PAULO

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO II DO CEP

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SAO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa-intervenção no território: o que podem um Caps IJ e escolas construir em

comum?

Pesquisador: Renata Penalva Vieira da Silva

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 17282119.0.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO **Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.597.295

Apresentação do Projeto:

Este trabalho é dedicado a pensar as práticas no campo da saúde mental infantojuvenil na intersectorialidade com a educação a partir de uma posição ética que se opõe a marginalizações, buscando pensar possibilidades de emancipação da saúde de sua posição colonizadora historicamente dada em relação à educação. Nossa questão principal é sobre a ética do encontro possível nesta intersectorialidade, de modo a poder cuidar em comum, sem silenciamentos redutores da infância ou do trabalho do profissional escolar. A partir de um entendimento de pesquisa-intervenção em que a análise de práticas institucionais é chave para entender seus instituídos (AGUIAR, ROCHA; 2007) e a própria escrita não cristalizada é intervenção para emancipação de entendimento de um fenômeno, será feita revisão bibliográfica que relacione os campos da Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica, Saúde Coletiva, Psicologia) com os da Educação (Educação Especial, Educação Inclusiva), para então embasar a construção de narrativas analíticas acerca das ações realizadas pela pesquisadora enquanto trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ) com as escolas do território.

A pesquisadora solicita a retirada do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Discutir possibilidades de práticas intersectoriais entre Saúde Mental e Educação que sejam menos redutoras dos fenômenos da infância e da adolescência, podendo contribuir para pensar dinâmicas nas políticas públicas em que haja co-responsabilização das dificuldades enfrentadas por cada equipamento e ampliação dos processos de inclusão escolar do diferente ou marginalizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos todos os riscos. Quaisquer personagens que apareçam nas narrativas analíticas terão seus nomes mudados para nomes fictícios. O sujeito da pesquisa, no entanto, é um "sujeito coletivo": a intersectorialidade de instituições. Embora já se tenha a autorização do CEP local e da sede da pesquisa (conforme documentos anexados), pode haver o risco de que entre um novo trabalhador no Caps IJ que não tenha participado da construção desta autorização e não se sinta confortável em saber que pode estar em alguma cena analisada. Pensamos que a análise de implicação permanente possa também olhar para a maneira como se formará a narrativa analítica na escrita e a discursividade sobre a pesquisa no local de trabalho.

Benefícios:

Espera-se que o retorno da pesquisa possa beneficiar trabalhadoras e trabalhadores do Caps IJ às voltas com a proposta de uma sociedade mais inclusiva, e os trabalhadores e trabalhadoras das escolas que constroem em conjunto as ações intersectoriais Caps-

escolas, podendo proporcionar práticas mais corresponsabilizadas e acolhedoras entre os equipamentos, beneficiando indiretamente às crianças e adolescentes que estes serviços têm em comum.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e considerações já foram feitos no parecer inicial. O parecer do CEP, emitido após o primeiro parecer do relator, sugere a retirada do projeto da submissão a avaliação desse comitê por considerar que o projeto atende o parágrafo único, artigo primeiro, inciso VII da resolução 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Segundo parecer do CEP o presente projeto encontra-se dispensado da apreciação por esse comitê e conseqüentemente da apresentação dos termos de apresentação obrigatória seguindo o artigo primeiro, parágrafo único da resolução 510/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Recomenda-se a retirada da presente pesquisa do processo de avaliação por este comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1371435.pdf	20/08/2019 13:15:36		Aceito
Outros	Solicitacao_parecer_retirado_PlatBrasil.pdf	20/08/2019 13:15:08	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador_assinada.pdf	11/07/2019 15:21:01	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	11/07/2019 10:45:21	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.docx	10/07/2019 22:35:21	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_CRSSul_prefeitura.pdf	26/06/2019 15:33:53	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada_diretora_IP_USP.pdf	26/06/2019 15:33:13	Renata Penalva Vieira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:

Jose de Oliveira Siqueira (Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária UF: SP Município: Telefone: (11)3091-4182

CEP:

05.508-030

E-mail: cep.ip@usp.br