

Jacques Akerman

**ESTRATÉGIAS DE SEGREGAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:
PROBLEMAS E IMPASSES DO ENCAMINHAMENTO PARA
TRATAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL**

Belo Horizonte 1998

Jacques Akerman

**ESTRATÉGIAS DE SEGREGAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:
PROBLEMAS E IMPASSES DO ENCAMINHAMENTO PARA
TRATAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Psicologia Social da Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Jésus Santiago

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

1998

Agradecimentos:

À Universidade Federal de Minas Gerais, à Fundação Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior- CAPES, à Secretaria de Estado da Saúde e à Prefeitura Municipal de Betim, que com diversos apoios institucionais viabilizaram as condições para a realização deste trabalho;

Aos colegas da “Saúde Mental de Betim” nas pessoas de Marta Elizabeth de Souza, Maria Silvana Maia e Heitor Rocha que propiciaram o acesso ao material de pesquisa e intermediaram alguns percalços ao longo deste percurso;

Aos amigos da Casa Freud, do mestrado, de Betim e aos “desinstitucionalizados” que puderam suportar as queixas e me empurraram com a insistente pergunta sobre a data da defesa;

Ao Jésus Santiago que soube produzir “uma justa medida” entre a demanda e o desejo para que o trabalho pudesse acontecer;

À minha família , agradeço, e dedico esse trabalho, principalmente para minha mulher Ana. (Espero que me aceitem de volta.)

RESUMO

Este estudo discute as estratégias de segregação da condição de sujeito da criança e do adolescente operadas por serviços médicos, por escolas e por Conselhos Tutelares a partir do ato de encaminhá-los para atendimento em instituições de saúde mental. A partir da análise minuciosa dos encaminhamentos escritos destes setores sociais para a saúde mental pode-se identificar as regularidades discursivas que se configuraram como uma demanda de normatização psicológica.

Tem como objetivo contribuir para a intensa discussão que vem sendo realizada em relação ao tema dos direitos da criança e do adolescente na sua condição de indicadores do nível de desenvolvimento de uma determinada sociedade ou cultura.

Observa-se que, a partir desta lógica, a criança e o adolescente são tomados como objetos do discurso e da prática de diversos setores sociais que tomam o seu comportamento “irregular” como anormal do ponto de vista de um ideal psicológico forjado socialmente, trazendo consequências ideológicas de massificação, homogeneização e finalmente, de segregação da singularidade, representada por este comportamento.

Cada um dos setores estudados opera esta segregação a partir de uma ordem específica. A medicina se encarrega de identificar os “anormais” a partir da ordem científica, a escola zela pela ordem moral e os Conselhos Tutelares atuam sustentados pelo interesse na ordem pública.

A metodologia da Análise do Discurso forneceu os elementos necessários para a identificação das regularidades discursivas dos encaminhamentos que foram recolhidos em um serviço de saúde mental da rede de saúde pública do município de Betim.

Do ponto de vista teórico a análise se sustentou sobre um olhar “foucaultiano” dos textos pesquisados no sentido de evidenciar a lógica de disciplinarização das subjetividades operadas pelas práticas sociais e foi cotejada com a dimensão ética da psicanálise em relação à consideração da dimensão sintomática como manifestação de valor na apresentação do sujeito.

Finalmente pode-se colher efeitos para a prática clínica dos serviços de saúde mental, no sentido de localizar sua posição ideológica em relação à demanda de disciplinamento da criança e do adolescente, quando realizam um tipo de avaliação baseada exclusivamente numa interpretação política libertadora, que corre o risco de reproduzir uma outra massificação.

Espera-se que a análise realizada possa contribuir para a reflexão dos setores envolvidos no atendimento da criança e do adolescente, que trazem na sua manifestação sintomática, uma demanda de reconhecimento em relação ao seu lugar de sujeitos.

Não se quer a palavra vazia da tradição, nem a palavra
autoritária do oráculo, nem a mentira da demagogia,
nem a violência da repressão, nem aquela perigosamente
fundada na boa vontade. Quer-se uma palavra plena.

Mas qual seria ela? Existiria uma palavra plena,
pela qual se pudesse responsabilizar-se integralmente?

Célio Garcia

SUMÁRIO

Introdução	08
O Problema	08
Alguns Esclarecimentos	16
Capítulo 1 – Definições necessárias: a criança, o adolescente, a saúde mental e o discurso	20
1.1- A concepção de criança	20
1.2- Adolescência: a passagem	25
1.3- O campo da saúde mental	27
1.4- A noção de discurso	33
Capítulo 2 – O encaminhamento médico: a segregação pela via da ordem científica	38
2.1- Palavras do discurso médico	42
2.1.1- O sintoma como ordenador da queixa	42
2.1.2 - A ordem do signo	49
2.2- A medicina e a escola	53
2.3- A medicina e o contexto social: a lógica do complementarismo	58
2.4- O doente abstraído	63
Capítulo 3 – Da criança esquecida ao estatuto de objeto: a segregação pela via da ordem pública	67
3.1- O Conselho Tutelar: definições e atribuições	69
3.2- O percurso do psicológico na legislação brasileira	73

3.3- A família desestruturada _____	81
3.4- A patologia social x a patologia do sujeito _____	92
3.5- A ordem pública _____	97

Capítulo 4 – O olhar da escola: a segregação pela via da ordem

moral _____	101
4.1- A interdiscursividade no discurso da escola _____	103
4.2- A pedagogização do mundo e a disciplina _____	110
4.3- O Estado e a escola _____	117
4.4- A escola e sua metodologia _____	123
4.5- Do sintoma ao fracasso _____	126

5 – Conclusões _____ 132

5.1- O discurso da ciência _____	132
5.2- O social e o pai _____	133
5.3- A escola e seu ideal narcísico _____	135
5.4- Algumas conseqüências para a clínica da saúde mental _____	137

6 – Referências Bibliográficas _____ 145

Anexo I – Os encaminhamentos médicos _____ 150

Anexo II – Os encaminhamentos dos Conselhos Tutelares _____ 157

Anexo III – Os encaminhamentos escolares _____ 166

INTRODUÇÃO

O PROBLEMA

Este estudo pretende discutir a questão da demanda bem como o encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições que oferecem atendimento clínico em saúde mental, realizado por setores sociais representativos, que solicitam uma intervenção no âmbito do saber e das técnicas “psi” . Não se trata de relações simples, em que estariam presentes apenas os determinantes imediatos desse ato de encaminhar crianças e adolescentes para um atendimento reparador. Não seria apenas a percepção de que estejam sofrendo no âmbito do seu psiquismo e que apresentam um comportamento “esquisito”, perturbado, doente, anormal ou com qualquer outra adjetivação. Pretende-se investigar - se é possível colocar-se a questão em termos de relações causa-efeito - o que determina essa percepção que aponta para a necessidade da intervenção de um profissional que tenha um saber especializado.

A partir de inserção profissional na área de saúde mental onde se recebe crianças e adolescentes em unidades de saúde pública dos municípios de Belo Horizonte e Betim, observa-se que a grande maioria dessa clientela acorre a esses serviços a partir de encaminhamentos realizados por instituições em que circulam esporádica ou quotidianamente.

Trata-se de uma intrincada rede de relações onde a percepção que decide pelo encaminhamento já se encontra equipada com um filtro cultural que seleciona, através de referenciais discursivos, o comportamento que deve ser retido por ser anormal.

Coloca-se pois a complexa questão do que poderia ser considerado

demanda, legítima ou não, de tratamento em saúde mental. Pode-se partir, no mínimo, de três posições: a primeira encontraria, na manifestação sintomática, a dimensão do sofrimento que justificaria amplamente o envio daquele que sofre para um tratamento; seria a demanda partindo do próprio indivíduo que é encaminhado. A segunda posição seria representada pelo olhar daquele que se encarrega dos cuidados da criança ou do adolescente e que percebe que seu comportamento não corresponde à sua expectativa; seria a posição ocupada geralmente pelos pais ou por aqueles que vivem no âmbito familiar do indivíduo encaminhado. Em uma terceira posição em relação à demanda colocam-se as instituições e práticas sociais, que, entre outras funções, são encarregadas de decidir sobre a normalidade de um determinado comportamento que se manifesta em desacordo com um padrão socialmente aceitável. É sobre essa terceira forma de constituição da demanda que será centralizado o eixo deste trabalho.

Do ponto de vista dos diversos modos de organização social está-se diante da questão de como os discursos, também diversos, lidam com o problema da segregação. Pode-se ilustrar essa questão com a distinção trazida por Levi-Strauss entre dois tipos de sociedade e duas formas diferentes de lidar com um fenômeno que produz um certo desequilíbrio na ordem social. O primeiro definido como antropofágico, diante de indivíduos perigosos, possuidores de forças temíveis e virtualmente disruptivos para a ordem social, é capaz de absorvê-los, aproveitando e neutralizando seu potencial. O segundo tipo de sociedade, definida como antropeômica, opta pela solução inversa, afastando tais seres do convívio social, mantendo-os temporária ou definitivamente isolados e ou estigmatizados em instituições ou práticas apropriadas a essa função. Na etimologia do termo

‘antropoêmico’ tem-se portanto uma das características da sociedade contemporânea, ou seja, a que vomita seus elementos que apresentam alguma diferença em relação ao comportamento médio esperado¹.

No entanto, e já introduzindo a dimensão de complexidade do objeto, pode-se afirmar que, na atualidade, convivem no cenário social sob o mesmo teto de final de milênio as duas concepções definidas por Levi-Strauss, não mais compostas por um antagonismo entre sociedade primitiva ou civilizada, mas separadas por visões diferentes sobre o mesmo acontecimento: um comportamento que se desvia da norma moral e social hegemonicamente estabelecida.

Há toda uma tendência, que se sustenta no discurso da defesa dos direitos de cidadania, de aceitação e inclusão dos diferentes e de criação de dispositivos que a regulem e a garantam. Por outro lado, o contexto político e econômico promove um chamamento imperativo para os valores da eficiência, da produtividade e do êxito, sustentado pela perspectiva da oferta de igualdade de oportunidades. A ideologia liberal é a proposição que convida todos a fazerem parte de uma ordem reguladora, que, como uma seleção natural, encaminharia os que nela se incluírem para o desfecho inevitável da missão cumprida. Àqueles que não estiverem aí inscritos, sendo, portanto, segregados, ficarão à mercê de dispositivos coercitivos e/ou assistenciais que sempre marcarão a fronteira entre o dentro e o fora.

Historicamente trata-se de um relacionamento atravessado por conceitos e práticas que se confrontam no âmbito da definição dos ideais, em relação aos

¹ LEVI STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. São Paulo: Cia das Letras, 1996

modelos de comportamento que enquadrariam uma forma aceita por determinado referencial simbólico como normal.

Essa produção de ideais, instância estrutural de qualquer agrupamento humano, promove a formulação do que o psicanalista Jurandir Freire Costa denomina como o “*tipo psicológico ordinário*”. Trata-se de uma certa ordem psicológica que pretende promover a conversão dos indivíduos aos valores ideológicos da elite dominante. A “*competência psicológica é, em sua essência, um traço da norma do viver social das elites econômico-culturais*”.² Ela exprime a maneira pela qual os indivíduos que integram esse segmento social concebem seus ideais de felicidade ou bem-estar. Ideais que, na nossa sociedade, têm na otimização do prazer do corpo, do sexo e no sucesso individual, econômico, intelectual, artístico, etc. seus pontos de apoio e referência.³

Portanto, toda norma educativa, psicológica ou social, busca a universalização do particular, o que implica na validação de tudo aquilo que os indivíduos possam ter em comum e coloca sob suspeita os atos e palavras que os diferenciam, que os fazem retornar para o lugar da particularidade.

Todo indivíduo está inevitável e continuamente convivendo com esse tipo psicológico padrão do seu grupo social, que tem a função de referência para o grupo e para cada um. Quando se percebe próximo do sujeito ideal, pode sentir-se satisfeito e realizado; quando se imagina afastado, pode experimentar aflição, insatisfação ou mal-estar. Mas tal tipo de sofrimento não configura um quadro psicopatológico embora seja, inequivocamente, um sofrimento mental. “*O desvio do Tipo Psicológico*

² COSTA, Jurandir Freire. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984 p. 73

³ COSTA. *op. cit.*, P. 76.

*Ordinário pode ser causa de sofrimento mas não é sinônimo de doença mental.”*⁴ O sofrimento provocado pelo desvio social pode ou não coincidir com aquele de origem psicopatológica. Há indivíduos que não sentem nenhum desconforto especial por se afastarem do Tipo Psicológico Ordinário e, no entanto, sofrem de maneira intensa as repercussões de perturbações mentais.

No caso específico de crianças e adolescentes pode-se afirmar que a expectativa e a “vigilância” exercidas pelo grupo social para que correspondam ao tipo psicológico ordinário estabelecido é a via preferencial de onde se tira essa associação entre comportamento desviante e distúrbio psicopatológico.

Em relação ao caráter epistemológico que o problema da normalidade trás, pode-se seguir a trilha do epistemólogo Georges Canguilhem na discussão sobre os limites entre o normal e o patológico.

Para o autor o que caracteriza um objeto ou fato dito normal, “*em referência a uma norma externa é poder ser tomado como ponto de referência em relação a objetos ou fatos ainda à espera de serem classificados como tal.*”⁵ O normal, portanto, necessita, para ser qualificado como tal, do fato que lhe escapa, que se encontra em relação de exterioridade. Da mesma forma, a norma reafirma o seu sentido e sua função, também a partir de algo de fora que não corresponde às suas exigências. Até mesmo por essa inter-relação entre a norma e o que fora dela indica, Canguilhem vai apontar que o conceito de normal caracteriza-se por ser dinâmico e polêmico, não se restringindo à esfera de maior frequência estatística.

⁴ Ibidem, p. 74.

⁵ CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978, p.211.

Da etimologia do termo “normal” para a sua função, Canguilhem vai apontar que:

“... Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar. ‘Normar’, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à existência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho. Conceito polêmico, realmente, este conceito que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão”.⁶

No caso do tema deste trabalho, a função da norma, apontada pelo autor, de impor uma exigência a uma existência que se apresenta como indeterminado hostil, ganha sentido nos encaminhamentos de crianças e adolescentes para tratamento ou avaliação “psi”. Há aqui o apontamento para a extensa discussão do papel normatizador das técnicas psicológicas na sua característica de instrumento de regulação do comportamento que foge à regra.

Nessa relação, pode-se afirmar que o elemento primeiro da norma é a regra, exercício prático e direto de uma regulação que surge da infração e alimenta a regra na sua função de correção. Parece impossível estabelecer uma dimensão de origem, pois, trata-se, na verdade, de um processo que se retroalimenta de maneira incessante. Numa certa leitura, o eixo central dessa investigação pode ser lido como

⁶ Ibidem. p. 211

um estudo das sanções determinadas por instituições que recebem crianças e adolescentes, diante de uma infração que vai apontar para a necessidade da regra. Assim, a infração é não a origem da regra, mas a da regulação que vai ter como função o trabalho de retorno à regra. A infração se apresenta como algo que aponta para uma disrupção de algo que, antes dela, se apresentava como uma situação estável. A experiência das regras consiste em pôr à prova, numa situação de irregularidade, a função reguladora das regras.⁷

Ainda com Canguilhem, coloca-se a questão da definição do normal como produto da média estatística. O autor cita Mayer, biometrista do início do século que se pergunta:

“Mas será que devemos considerar qualquer desvio como anormal? O modelo é, na realidade, produto de uma estatística. Geralmente é o resultado de cálculos de médias. Porém os indivíduos reais que encontramos se afastam mais ou menos desse modelo, e é precisamente nisto que consiste sua individualidade.”⁸

Mesmo com a concepção de que o modelo seja produto de uma média estatística, Mayer introduz a interessante pontuação de que é no afastamento do modelo que os indivíduos vão constituir sua singularidade. Nessa linha, a frequência estatística traduz apenas uma normatividade social. Um comportamento não seria

⁷ Ibidem. p.214

⁸ MAYER, A. *L'organisme norma et la mesure du fonctionnement*. Paris: 1937 citado por CANGUILEM . *op. cit.*, p. 120.

normal por ser freqüente; mas seria freqüente por ser normal, isto é, segue o código normativo anterior ao cálculo estatístico.⁹

A definição que se constrói sobre a questão do conceito de normalidade poderia ser bastante bem representada pelas noções de sujeito e subjetividade trazidas pela psicanálise. A dimensão de singularidade radical dessa teoria, se opõe à formulação de qualquer ideal normativo que pudesse recobrir de significação o comportamento que se apresenta em diferença com esse ideal.

Outro ponto que também marca a posição aqui colocada remete à dimensão localizada que as concepções de normalidade possuem no tocante ao seu aspecto geográfico e cultural. Embora, como ressaltado anteriormente, a produção de um tipo psicológico ordinário que funcione como referência para um grupo social esteja no cerne do problema da normalidade, a argumentação colocada irá considerar a perspectiva do “desvio” como indicativo de singularidade, que pode ser tomada, inclusive, na sua dimensão coletiva, ou seja, o que é normal para um grupo pode não ser para outro.

Portanto, de um lugar a outro, de uma classe social a outra, de um código moral a outro, o objetivo de massificação e homogeneização de valores, através de uma ideologia única e global, encontra hoje representantes sociais que têm a função de decisão em relação à correção das condutas e comportamentos. Trata-se de um fluxo institucional que os “anormais” devem fazer, até encontrar o discurso que lhes dê significação, mesmo que o preço a pagar seja o da segregação da comunidade dos iguais.

⁹ Ibidem p. 126

ALGUNS ESCLARECIMENTOS

Encontra-se, nesse trabalho, a discussão sobre três importantes setores sociais que operam com grande reconhecimento e autoridade públicas na designação e condução de crianças e adolescentes que apresentam comportamentos desviantes no âmbito da norma social.

Chegou-se à nomeação de tais setores a partir de pesquisa realizada em um serviço de saúde mental que recebe crianças e adolescentes e a análise dos encaminhamentos recebidos apontou que os serviços de saúde¹⁰, as escolas e os conselhos tutelares, nessa ordem, são as instituições responsáveis pela maioria desses encaminhamentos.

Considerou-se que os encaminhamentos escritos provenientes das três instituições acima, solicitando tratamento ou avaliação em saúde mental, seriam a fonte de dados mais completa e rica já que eram produzidos no calor de uma situação real. Entrevistas, questionários e outros instrumentos prospectivos foram abandonados em função dessa análise.

Num universo de 2.000 prontuários do Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil pertencente à rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Betim, pesquisaram-se 700 prontuários que constituíram amostra significativa do ponto de vista estatístico. A cada prontuário aberto, o

¹⁰ Embora as unidades de saúde do município pesquisado trabalhem com equipe multidisciplinar no acolhimento de pacientes, observou-se que a grande maioria dos encaminhamentos foi realizada por médicos pediatras.

formulário de encaminhamento da criança ou adolescente, proveniente de diversas instituições, era recolhido e fotocopiado, constituindo-se no principal material de pesquisa¹¹. Para o dimensionamento quantitativo da origem dos encaminhamentos, considerou-se o dado constante na folha de rosto do prontuário do serviço pesquisado, onde se pergunta por essa origem e não, necessariamente, pela existência do encaminhamento por escrito, visto que muitos pacientes vinham a partir de um encaminhamento verbal.

Não se encontra no horizonte desse estudo a avaliação do encaminhado, no sentido de averiguar se realmente necessitaria ou não do atendimento em saúde mental. Esse seria um tema para outra pesquisa. Interessa, exclusivamente, através da análise dos encaminhamentos, procurar esclarecer a lógica que determina esse ato, tomando, o escrito como um discurso.

A partir dessa direção se constituíram os capítulos. No primeiro, procurou-se estabelecer algumas definições que pudessem circunscrever, em primeiro lugar, o campo onde se dá o fluxo da clientela pesquisada – a saúde mental. Em segundo lugar, a partir de um pequeno histórico sobre a concepção de criança e de adolescente, procurou-se demonstrar o lugar social que ocupam, principalmente, a sua condição de objetos de discursos e práticas sociais. E em terceiro lugar, partindo da noção de discurso em Foucault e elegendo algumas categorias da Análise do Discurso, estabeleceu-se a linha de análise em que se procurou demonstrar a relação entre as regularidades discursivas e a prática de segregação.

¹¹ Outros dados também foram pesquisados no sentido de se traçar o perfil da clientela atendida e da assistência prestada pelo serviço, mas não serão aqui analisados.

No segundo capítulo, procedeu-se à análise dos encaminhamentos médicos de crianças e adolescentes para a Saúde Mental, onde se buscou, a partir de referências históricas e políticas do discurso médico, estabelecer as regularidades discursivas que permitiram localizar a dimensão de segregação operada por esse discurso a partir da ordem normativa imprimida pela ciência.

No terceiro capítulo, a análise dos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares da Criança e do Adolescente do município de Betim permitiram evidenciar as referências normativas ideais que a ordem pública propõe para a sociedade, e em particular, para a criança e o jovem. A partir do estudo histórico da entrada da dimensão do psíquico na legislação dedicada aos “menores”, pode-se apresentar a associação produzida pelo discurso jurídico-comunitário entre o comportamento fora da ordem e o distúrbio psicopatológico.

Seguindo a mesma linha de análise, no quarto capítulo abordaram-se as relações entre a escola e a segregação daqueles “elementos” que apresentam condutas em relação de “distúrbio” com uma certa ordem moral.

Um dos principais eixos de investigação bibliográfica se concentrou na busca por elementos históricos que pudessem fornecer as bases de constituição dos discursos analisados.

Uma primeira leitura pode sugerir que os capítulos constituíram-se em matérias estanques, com cada setor social estudado, possuindo uma história e uma lógica de funcionamento próprios. No entanto a tentativa, que espera-se, obtenha êxito, será constituir um fio condutor central que possibilite elucidar as bases discursivas destes setores que realizam a segregação das subjetividades estranhas a

um ideal estabelecido e as conseqüências desta prática para a clínica da Saúde Mental .

CAPÍTULO 1

CRIANÇA, ADOLESCENTE, SAÚDE MENTAL E DISCURSO: DEFINIÇÕES NECESSÁRIAS

1.1 A CONCEPÇÃO DE CRIANÇA

Da cena clássica do século XVII, na França, onde crianças misturadas aos adultos compartilhavam da vida social sem qualquer especificidade ou cuidado especial, até a realidade brasileira de um Estatuto que regulamenta seus direitos, a história da criança aponta para uma mudança radical do seu lugar .

Segundo Elizabeth Badinter, em “O Mito do Amor Materno”, a cultura do século XVI, representada pela literatura, filosofia e teologia registra que a criança tinha “*pouca importância na família, constituindo muitas vezes para ela um verdadeiro transtorno*”.¹² Oscilando entre uma posição de insignificância ou como objeto que amedronta, à criança serão dirigidas formulações que sustentam essa situação.

De início, pode-se apontar o verdadeiro “medo” que a criança provocava e que se encontra registrado na filosofia e na teologia. Santo Agostinho, doutor em teologia, defendia que, logo que nasce, a criança é símbolo da força do mal, um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original.¹³ Em *A Cidade de Deus* Santo

¹² BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 54

¹³ *Ibidem* p.55

Agostinho coloca o que entende por pecado da infância e qualifica a criança como um ser ignorante, apaixonado e caprichoso: “*se a deixássemos fazer o que lhe agrada, não há crime em que não se precipitaria...*” e, mais, nas *Confissões*: “*Fui concebido na iniquidade, é no pecado que minha mãe me gerou, onde portanto, Senhor, onde e quando fui inocente?*”¹⁴ Para o teólogo, haveria uma equivalência de natureza entre o pecado de uma criança e o do seu pai com diferenças apenas de grau. A consciência, a vontade má ou a premeditação do adulto em nada modificam a situação: “*Não é um pecado desejar o seio chorando? Pois se eu desejasse agora, com o mesmo ardor, um alimento conveniente à minha idade, seria alvo de zombaria...trata-se portanto de uma avidez má, visto que ao crescer nós a debelamos e rejeitamos*”¹⁵

Essa homogeneidade entre o adulto e a criança configurava uma ausência de especificidade da infância até uma data relativamente recente da nossa história. Mesmo considerando apenas uma diferença de grau entre o pecado da infância e o da vida adulta, Santo Agostinho vai propor que o adulto lute para se livrar da imperfeição e corrupção desse estado negativo, que é a infância.

Também a filosofia cartesiana retomará num outro registro a crítica à infância. Descartes não irá pelo caminho da associação entre a infância e o pecado, mas irá afirmar que ela é, antes, a ocasião do erro. Em “*Princípios de Filosofia*”, Descartes aponta o perfil da criança como desprovida de discernimento e crítica deixando-se guiar pelas sensações de prazer e de dor e, portanto, condenada ao erro

¹⁴ SANTO AGOSTINHO citado por BADINTER, *op. cit.*, p. 55-56

¹⁵ *Ibidem* p. 57

perpétuo, uma vez que o entendimento se encontra subjugado ao corpo.¹⁶ E numa passagem do “Discurso do Método”, reafirmando a condição desarrazoada da criança o autor vai afirmar que: “*É quase impossível que nossos julgamentos sejam tão puros e sólidos quanto o teriam sido, se tivéssemos tido o pleno uso de nossa razão desde o momento do nascimento...*”¹⁷

De uma posição secundária, negativizada e indiferenciada em relação ao mundo dos adultos, a criança foi paulatinamente, a partir do início do século XVII, separada e elevada à condição de figura central no interior da família. Badinter especifica até uma data para essa virada: 1760, época em que aparece uma grande quantidade de obras que propõem aos pais novos sentimentos em relação aos filhos e convidam as mães a se deleitarem com o amor materno. Culmina esse processo com a publicação de *Émile*, de Rousseau, em 1762, que, apesar de mal recebido pela sociedade da época, propõe as bases da família moderna, fundada no amor materno, e no processo educativo das crianças, aspectos que influenciarão até nossos dias a posição tomada pela criança no seio da sociedade.

Essa virada se produziu com o surgimento da preocupação educativa ligada à ascensão da burguesia e também com a proposta de organização de um Estado, encarregado de regular as relações humanas. A ruptura com o poder monárquico e feudal, exercido contiguamente ao poder de Deus, seria indispensável para a sustentação do capitalismo mercantil e industrial que começava a se estruturar na Europa. A título de ilustração dessa lógica de determinação econômica, Philippe

¹⁶ DESCARTES, Rene. *Princípios de Filosofia*. Citado por Badinter, *op. cit.*, p. 62.

¹⁷ DESCARTES, Rene. *O Discurso do Método*, citado por Badinter, *op. cit.*, p. 63

Àriès cita que a divisão das crianças em classes por idade nas escolas coincidiu com a divisão de classes sociais, primeiro produto da ordem capitalista.¹⁸

No Brasil, a virada da condição da criança, como ser social específico, pode ser localizada no processo de passagem do país da condição de Império para República, onde se pretendia a formação de uma nova identidade nacional baseada na idéia do amor à pátria. Um dos mais importantes veículos de formulação e propagação dessa identidade foi o movimento higienista bastante atuante ao final do século XIX e início do século XX. Grande número de teses e trabalhos acadêmicos da época, principalmente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, prescreviam, a partir das normas higiênicas, a nova ordem familiar e a nova função da criança. Um bom exemplo seria este trecho de uma tese médica citada por Costa: *“Recebendo do pai a proteção material e da mãe a iniciação na educação, o infante prepara-se física, intelectual e moralmente para amar e servir à Humanidade, princípio e fim de suas operações.”*¹⁹

Tomada como objeto de estudo, a criança e a infância são sempre consideradas *um outro* em relação às formulações sobre elas estabelecidas. Na etimologia do termo “criança”, encontra-se um dos pontos essenciais que inspiram o eixo desse trabalho. As palavras “infante” e “infância” têm origem latina e recobrem um campo semântico ligado à idéia de *ausência de fala*. Essa noção de infância, isto é, daquele que não fala, configura-se a *“partir dos prefixos e radicais lingüísticos*

¹⁸ ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981 p. 174

¹⁹ BARBOSA, Adolpho Alves Simões. *Higiene da Primeira Infância*. Tese apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1882 citado por COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989 p.170

*que compõem a palavra: in = prefixo que indica negação; fante = particípio presente do verbo latino fari, que significa falar, dizer.”*²⁰

Outra referência que ilustra esta perspectiva é o texto da enciclopédia medieval *Le Grand Propriétaire de Toutes Choses*, citado por Ariès :

*“A primeira idade é a infância que planta os dentes, e essa idade começa quando a criança nasce e dura até os sete anos, e nessa idade aquilo que nasce é chamado de enfant (criança), que quer dizer não falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois não tem seus dentes bem ordenados nem firmes...”*²¹

Apesar de na atualidade existir um novo lugar para a criança, com grande preocupação sobre o seu desenvolvimento e dando grande valor ao que diz, no sentido de se verificar como as coisas andam, observa-se, na prática, que a quase totalidade dos encaminhamentos de crianças e adolescentes para os serviços de atendimento em saúde mental não apresentam sequer uma interjeição, um monossílabo qualquer que pudesse indicar uma afirmação ou mesmo uma negação da criança sobre o que se fala sobre ela. Por não falar, a criança não ocupa a primeira pessoa nos discursos que dela se ocupam. *“E por não ocupar essa primeira pessoa, isto é, por não dizer eu, por jamais assumir o lugar de sujeito do discurso, e*

²⁰ LAJOLO, Marisa. “Infância de papel e tinta” in FREITAS, Marcos César (org.). *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez/USF, 1997, p. 225.

²¹ ARIÈS, *op. cit.*, p.36

consequentemente, por consistir sempre em ele/ela nos discursos alheios, a infância é sempre definida de fora.”²²

Nesse aspecto da exclusão da criança do discurso que sobre ela se articula encontra-se o cerne da discussão desse trabalho. Não se trata de intervir na sociedade acreditando que o olhar e o discurso sobre a criança possam incluí-la como sujeito de fala. Essa exclusão nos parece elemento estruturante dos discursos a serem aqui abordados. A intenção, no entanto, é produzir ressonâncias naqueles que estão encarregados de receber as crianças e adolescentes que carregam, no exercício da sua singularidade, a marca social do patológico.

1.2 ADOLESCÊNCIA: a passagem

Até o final do século XVIII, subsistia, conforme Ariès,²³ uma ambigüidade entre a infância e a adolescência de um lado e a juventude de outro. A idéia moderna de adolescência demoraria a se formar.

Essa indefinição pode ser encontrada na enciclopédia medieval *Le Grand Propriétaire de Toutes Choses*, que na sua divisão das idades coloca a *pueritia* dos 7 aos 14 anos e em seguida a adolescência, que vai até os 28, podendo se estender até 30 ou 35 anos. Nesta obra a adolescência é definida como a fase em que “*a pessoa é bastante grande para procriar, ...os membros são moles e aptos a crescer e a receber a força e vigor do calor natural.*”²⁴

²² LAJOLOS, *op. cit.*, p.226

²³ ARIÈS *op. cit.*, p. 45

²⁴ ARIÈS *op. cit.*, p. 36

A partir do século XVII, estrutura-se a idéia que é a evolução nas condições de dependência é que marca a passagem da infância para uma outra fase. Essa formulação foi propiciada pela ascensão da burguesia que também pretendia demonstrar sua independência das relações feudais e senhoriais que marcavam a transição do modelo econômico-social da época.

Citando a linha de análise da arqueologia do saber, Sonia Alberti irá afirmar que o termo adolescência surge no senso comum, tal como entendido hoje, no final do século XVIII e início do século XIX e instalou-se de forma definitiva nos dicionários, segundo Hugo Freda²⁵, somente no final do século XIX. O que estaria em jogo, de acordo com a autora, seria, “*a necessidade que a sociedade tinha de designar uma certa faixa etária, a fim de integrá-la na sociedade global, para exercer sobre esse novo conjunto uma disciplina mais vigilante,*”²⁶ configurando o mesmo tipo de lógica na ascensão da criança enquanto categoria social.

Segundo Ariés, o primeiro adolescente moderno surge nas artes com a peça *Sigfried* de Wagner que pela primeira vez condensou as características de pureza provisória, força física, naturismo, espontaneidade e alegria de viver que fariam do adolescente, segundo o autor, o herói do nosso século. Esse tipo de configuração se alastra pela Europa e passa a ser objeto da preocupação de moralistas e políticos que

²⁵ FREDa, Hugo. “O adolescente freudiano” in ALBERTI, Sonia (apres.). *Adolescência*. Rio de Janeiro: Kalimeros/Escola Brasileira de Psicanálise, 1996 p.22

²⁶ ALBERTI, Sonia. *Esse Sujeito Adolescente*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995, p. 25

passam a se interessar sobre o que pensa a juventude.^{27 28}

A adolescência tal como pensada hoje, é, portanto, um fato novo do ponto de vista histórico. O que se pode generalizar em relação à sua definição é que se sempre foi considerada como uma fase de passagem entre a infância e a vida adulta. A despeito do aspecto de “crise”, que é dado a essa fase, como uma transição que por apenas questão de tempo seria superada, não há uma especificidade que a caracterizaria. Seu sentido estaria exatamente na sua resolução, no fechamento propiciado, de forma vaga, pela entrada na vida adulta.

1.3 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Apresentada a questão de um ponto de vista mais conceitual, pretende-se agora demarcar o território onde é exercida, no âmbito de uma prática social definida: a saúde mental.

A saúde mental configura-se como um campo que aglutina uma série de práticas destinadas a produzir, naqueles que passam por seus procedimentos, um efeito de mudança subjetiva e social no sentido de alcançarem melhor qualidade de vida. Por mais que se tente fazer uma conceitualização isenta do termo “saúde mental”, os termos utilizados sempre comprometem sua direção. Principalmente porque há toda uma tradição que trabalha na vertente da saúde mental como conjunto

²⁷ ARIÉS *op. cit.*, p. 46

²⁸ Se considerar-se que a insígnia moderna da adolescência é marcada principalmente pelo início da puberdade, a História da Sexualidade de Foucault seria um outro eixo para se pensar a história da adolescência.

de ações preventivas, assistenciais e de âmbito coletivo que visariam, na sua especificidade, atingir um estado de bem-estar, amplamente definido como bio-psico-social. A associação entre bem-estar e adaptação social, no sentido de uma moldagem ideológica promovida pela ordem pública sobre o indivíduo, torna esse campo desde sempre localizado numa posição, no mínimo, delicada.

Jacques-Alain Miller vai colocar sem reticências a saúde mental como prática vinculada à manutenção da ordem pública e com o objetivo de reintegrar o indivíduo à comunidade social sem o devido questionamento sobre os valores que são veiculados por essa ordem. Coloca-a como campo vizinho da justiça e da polícia, tendo, como critério que os diferencia, a noção de responsabilidade. *“Se se é responsável, pode-se castigar, ou ao contrário, se se é irresponsável deve-se curar”*.²⁹

No caso de crianças e adolescentes, a incidência dessa noção é ainda maior, já que, além de candidatos a uma marca psicopatológica que os consideraria como irresponsáveis diante de um ato destituído de razão, detêm ainda, juridicamente, o estatuto de incapazes de responder pelos seus atos em função da sua idade. A eles, portanto, a Saúde Mental se apresenta como espaço privilegiado, às vezes, o único, para onde são encaminhados esses sujeitos

Trataremos portanto de um problema que parte eminentemente de uma prática social que produz atendimento clínico em instituições de saúde mental. Essa

²⁹ MILLER, Jacques Alain. Salud Mental e Ordem Público. In: *Uno por uno*. Barcelona: septiembre / noviembre, 1993 p.5

prática está circunscrita por um arsenal ideológico e teórico vasto e é desenvolvida no setor de ação governamental da saúde pública.

O termo “saúde mental” consagrou-se no Brasil num tempo relativamente recente e ficou mais circunscrito ao âmbito da saúde pública. Trata-se de um conjunto de ações geralmente formulado a partir de uma política geral (nacional) redefinida em nível local (municipal ou estadual). Guardando variações regionais, atualmente no Brasil, essas políticas geralmente são orientadas pelas palavras-chave “cidadania e clínica”.

Essas políticas, orientadas pelas palavras-chave citadas, visam fazer frente à tradição psiquiátrica clássica, que, nos últimos duzentos anos, produziu a exclusão dos doentes mentais do convívio social. Propõem o atendimento clínico psiquiátrico, psicológico e de outras áreas e o desenvolvimento de atividades que objetivam a reinserção dos doentes na família, no trabalho e no lazer, dentre outras. Visam um programa ambicioso em que os sujeitos, considerados como cidadãos, e a sociedade, como de direitos deverão manter uma harmoniosa relação.

O psicanalista Roger Wartel, com a proposta de se pensar uma arqueologia da saúde mental, irá localizar o termo como herança da noção de ‘higiene’ da Europa Medieval, onde se visava o tratamento e a prevenção das grandes epidemias. A loucura ou as doenças mentais sem dúvida não ocupavam lugar de prioridade nesse cenário sanitário, mas será tributária dos mesmos dispositivos.³⁰

A prevenção, a vigilância e o tratamento passam a ser as referências utilizadas para o combate às epidemias e se fixarão na saúde pública e também na

³⁰ WARTEL, Roger. Pour une archéologie de la Santé Mental. In: *Mental*, Paris: Ecole Européenne de Psychanalyse, N. 1, 1997 p. 13

saúde mental como pontos lógicos. Sua promoção estaria a cargo do Estado e dos seus funcionários que se encarregarão, desde então, da supressão das grandes calamidades.

Na seqüência histórica, as sociedades e ligas de higiene mental são fundadas e, em 1948, cria-se a Federação Mundial de Higiene Mental com o objetivo de “estudar os fatores e meios de inserção harmoniosa do indivíduo”.³¹ No mesmo período, em 1946, após a segunda guerra mundial, o termo saúde mental substituiu o de higiene e ocupava a quinta posição entre as prioridades da Organização Mundial da Saúde.

A saúde mental não tem por único objeto a patologia mental da psiquiatria clássica mas uma concepção de saúde que se estende da saúde do corpo até sua designação como “mental” e que abrange uma série de aspectos.

A saúde mental tem uma grande ambição. Transborda as fronteiras dos países e se organiza em Ligas, Federações e organizações não governamentais que elaboram pesquisas, bandeiras de luta e ações para o bem-estar dos homens, de um a um, até se atingir, um dia, o bem-estar das nações e dos povos”.

Portanto, considerar o conceito de saúde mental nos obriga a colocar a questão em diferentes ângulos, em diferentes pontos de vista. Ora se veria uma parte do vasto campo da Saúde Pública do qual ele parece ter saído, ora um equivalente estabelecido sobre a Psiquiatria para depois recobri-la e substituí-la. Sua prática ultrapassa uma clínica clássica e se estende sobre as contradições e valores do mundo moderno até sofrer a pressão, tanto das demandas dos sujeitos quanto das coações a que se oferecem ou são submetidas as instituições de tratamento.

³¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE citado por Wartel, *op. cit.*, p. 27

Com Wartel se concluirá então, que o próprio conceito de “Saúde Mental” não tem definição. Aplica-se tanto a um sujeito entendido como indivíduo ou cidadão, quanto a uma população no seu conjunto, tomada a partir de categorias culturais ou de classe social .³²

A arqueologia apresentada auxilia na intenção de suspender qualquer definição consensual que o termo possa ter alcançado entre aqueles que, de uma maneira ou de outra transitam por esse espaço. Tomando-o como submetido a diversas injunções ideológicas e teóricas, o propósito é marcar a complexidade do campo sobre o qual repousa o presente estudo.

Há porém, uma unanimidade, que é aquela em relação à magnitude que os problemas dirigidos às instituições de saúde mental têm em relação ao seu quantitativo. De 20 anos para cá, desde que os primeiros profissionais da área de saúde mental começaram a ocupar postos de trabalho nos ambulatórios da saúde pública no Brasil, até o panorama atual com grande quantidade de serviços de saúde mental, onde quer que se abra uma porta, oferecendo esse tipo de assistência, rapidamente uma grande demanda a ela ocorre. Vinda dos mais diversos lugares e com motivos e queixas os mais variados, essa demanda, na sua superioridade em relação à oferta, obriga os serviços de saúde mental a estabelecer um crivo sobre quem deve e quem não deve obter assistência.

Essa relação desfavorável entre demanda e oferta produz efeitos de tensionamento sobre o trabalho que obrigam o *staff* gerencial e os profissionais de

³² Ibidem p. 16

saúde mental a estabelecerem prioridades e critérios para o exercício das suas atividades.

Existe consenso nacional e mesmo mundial, conforme a “Declaração de Caracas”, que a ‘prioridade zero’ das políticas de saúde mental nos países que seguem as diretrizes da Organização Mundial de Saúde deva ser o atendimento integral aos portadores de sofrimento mental em situação de gravidade mórbida e com risco para sua integridade física e psíquica. Trabalha-se, portanto, com a noção de gravidade.³³

Além disso, a bandeira de luta que propõe a reabilitação psicossocial, a reinserção social e o resgate da cidadania dos doentes mentais orienta a direção desses critérios no sentido oposto ao estigma da exclusão.

Essa é uma discussão bastante candente no interior das instituições de saúde mental, principalmente, porque, entre um contexto e outro, a fronteira é sempre muito tênue. Seja pela capacidade operacional de absorver determinado volume de demanda, seja pela definição de prioridades de atendimento a partir do compromisso com a ordem pública ou, ainda, pelo nível de sofrimento que o sujeito porta, essas instituições se deparam quotidianamente com a difícil tarefa de filtrar e definir a demanda que é pertinente.

No que tange à faixa etária que constitui o foco deste trabalho, crianças e adolescentes, essa discussão ganha um contorno ainda mais complexo, uma vez que, muito raramente, formula uma demanda própria de tratamento em saúde mental e geralmente vem encaminhada por um outro, que avalia e prescreve essa necessidade.

³³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . Declaração de Caracas. 1991

Devido a essa questão sobre a pertinência de cada caso que chega a uma instituição de saúde mental que recebe crianças e adolescentes, far-se-á o percurso de investigar as referências que sustentam esse ‘outro’ no ato de encaminhar.

1.4 O DISCURSO

Para a orientação da análise a ser realizada, se trabalhará com a noção foucaultiana de discurso elaborada em “Arqueologia do Saber” e que serviu de referência para a formulação de uma corrente de análise desenvolvida por Michel Pêcheux, na França, a partir de 1966, a “análise do discurso”.

No texto inaugural de Pêcheux, intitulado, “Análise Automática do Discurso”, de 1969, o autor parte da ruptura estabelecida por Saussure no seu “Curso de Lingüística Geral” . Saussure introduz um deslocamento conceitual separando a prática e a teoria da linguagem, a fala da língua. A língua, pensada então como um sistema, deixa de ser compreendida como tendo a função de exprimir sentido e passa a ser tratada como um objeto cujo funcionamento, uma ciência, a lingüística, pode descrever.³⁴

Outros efeitos da divisão entre fala e língua, segundo Saussure, serão, em primeiro lugar, a separação do que é social do que é individual e, em segundo lugar, a separação do que é essencial do acessório ou acidental.³⁵ A lingüística, com esse seu novo estatuto agora científico, abandona o terreno da análise da função da

³⁴ PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso (AAD), in, GADET, F. e HAK, T. *Por uma análise automática do discurso*. 2ª ed. Campinas: Unicamp, 1993, p. 62.

³⁵ SAUSSURE, Ferdinand. *Curso de Lingüística geral*. Citado por PÊCHEAUX, *op. cit.*, p. 62

linguagem, para se debruçar sobre o seu funcionamento e deixa um espaço aberto que será ocupado pela análise do discurso.

A análise do discurso inscreve-se no espaço do estruturalismo filosófico dos anos 60, principalmente na França, em torno da questão da ideologia e, em particular, da leitura dos discursos ideológicos. Nesse contexto, a análise do discurso, colocou-se a tarefa de tornar “*possível construir procedimentos efetivos capazes de restituir o traço da estrutura invariante desses discursos*”.³⁶

Na elaboração dessa tarefa, a análise do discurso estabelece duas ordens de pesquisa. A primeira propõe o estudo das variações específicas (semânticas, retóricas e pragmáticas) ligadas aos processos de produção particulares considerados sobre o “fundo invariante” da língua (essencialmente a sintaxe). A segunda prevê o estudo da ligação entre as circunstâncias de um discurso, denominada, condições de produção, e seu processo de produção. É o peso colocado sobre o contexto ou a situação, como panos de fundo do discurso, e que torna possíveis sua formulação e sua compreensão.³⁷

Pêcheux irá formular um sistema algébrico informatizado que permitiria a identificação das estruturas invariantes e sua análise. A análise automática do discurso sofre várias modificações e aperfeiçoamentos, e apesar dos questionamentos colocados pelo seu próprio criador, fixou-se como um importante método de análise.

A aposta de Pêcheux é fazer

³⁶ PÊCHEUX, Michel, LÉON, Jacqueline, BONNAFOUS, Simone. Apresentação da análise automática do discurso (1982), in, GADET, F. e HAK, T, *op. cit.*, p. 253-255

³⁷ PÊCHEUX, AAD, *op. cit.*, p. 75

...“dessas intervenções operacionalizadas de alguma forma ‘selvagem ou inconsciente’ na leitura espontânea, intervenções reguladas desmontando o objeto a ser lido segundo os próprios eixos que o estruturam. A análise do discurso não será mais uma prótese da leitura, mas uma provocação à leitura.”³⁸

A vertente da análise do discurso apresentada por Dominique Maingueneau relaciona-se com textos produzidos em instituições que restringem fortemente a enunciação, com aqueles que cristalizam conflitos históricos, sociais e com os que delimitam um espaço próprio no exterior de um interdiscurso limitado.³⁹

Os objetos que interessam à análise do discurso (AD) correspondem de forma satisfatória às *formações discursivas* definidas por Foucault como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada e para determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa”⁴⁰

Não se trata, portanto, de examinar um material como se tivesse sido produzido por um sujeito determinado, mas considerar a enunciação como imersa numa certa posição sócio-histórica, dentro de uma perspectiva restrita, em relação às preocupações que atravessam uma coletividade em uma conjuntura dada. Essa posição sócio-histórica pode ser localizada a partir das *condições de produção* de um

³⁸ PÊCHEUX, , *Apresentação da AAD, op. cit.*, p. 277-278

³⁹ MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. 2^a ed. Campinas: Pontes/Unicamp, 1993, p 13.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1972, p.153

discurso que se relaciona de forma estreita com o contexto social. Este contexto que sempre e aparentemente envolve um conjunto desconexo de fatores contém os elementos que, selecionados previamente, permitem descrever uma conjuntura.⁴¹

Mengueneau ilustra ainda o universo da análise do discurso com a noção de “contrato”, numa referência à ordem jurídica, na qual se pressupõe que o discurso concernente a um mesmo corpo de práticas sociais estaria sob a ordenação de um acordo em relação às representações de linguagem de tais práticas. O discurso transforma-se em uma proposição em que se espera uma contra-partida de convivência.⁴²

Em relação ao lugar do sujeito, a AD enfatiza a preeminência e a preexistência da topografia social sobre os falantes que aí vêm se inscrever. Trata-se de determinar qual é a posição que pode e deve ocupar cada indivíduo para ser o sujeito de determinada formação discursiva. A teoria do discurso seria, portanto, não uma teoria do sujeito antes que enuncie, mas uma teoria das instâncias de enunciação, que, ao mesmo tempo que promove a constituição do sujeito em sujeito do seu discurso, o assujeita.⁴³

Portanto, os discursos aqui analisados serão considerados na sua materialidade de pertencimento a uma determinada ordem institucional, em que a função do sujeito é vazia, podendo ser ocupada por qualquer um que formule o enunciado.

⁴¹ MAINGUENEAU, *op. cit.*, p. 53

⁴² *Ibidem*, p. 30

⁴³ *Ibidem*, p. 33

Embora se busquem nesse trabalho as referências discursivas que permitam investigar os matizes de segregação da subjetividade de crianças e adolescentes operada pela medicina, pelos conselhos tutelares e pelas escolas, não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o admitido e o excluído, ou entre o discurso dominante e o dominado como alerta Foucault:

*“Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo...”*⁴⁴

Procurar-se-á a medida de análise que não considere um discurso do poder de um lado e um outro mais justo ou mais verdadeiro de outro. Se o que foi apontado como objetivo do trabalho, ou seja, esclarecer a lógica que determina que instituições de saúde, escolares e de defesa de direitos civis, façam o encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições de saúde mental for sustentável, pretende-se somente, a partir do material pesquisado, demonstrar regularidades discursivas que decifrem o modo de funcionamento desse trânsito institucional.

⁴⁴FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985 p. 95-96

CAPÍTULO 2

O ENCAMINHAMENTO MÉDICO: A SEGREGAÇÃO PELA VIA DA ORDEM CIENTÍFICA

Observa-se, na atualidade, que, pela importância que a medicina tem como campo científico e pela sua grande disseminação, que proporciona uma certa facilidade de acesso aos seus locais de exercício, esta prática social exerce grande influência na população de um modo geral, como um lugar de resposta para o que escapa na dimensão da dor e do sofrimento.⁴⁵

Trata-se de uma prática costumeira no percurso que a criança ou o adolescente são obrigados a percorrer quando identificados como problema. Esse trajeto evidencia uma lógica em que se pretende, e se aposta que algo não vai bem ao nível orgânico, onde uma ‘lesão’ é a esperança de causa. Uma lesão que explique, justifique ou ainda promova o entendimento dos motivos de determinado comportamento que escapa a uma configuração idealizada do que deveria seguir um curso ‘natural’. O médico representaria o discurso capaz de decidir sobre a fronteira entre o normal e o patológico.

A inscrição que figura em bulas e caixas de medicamentos determina uma lógica de comportamento já naturalizado: trata-se do imperativo, “não desaparecendo os sintomas, procure orientação médica!” Essa determinação ilustra de forma

⁴⁵ No estudo realizado no Serviço de Saúde Mental Infanto-juvenil de Betim constatou-se que o maior encaminhador de crianças e adolescentes para tratamento ou avaliação foram os serviços de saúde, principalmente os médicos pediatras. O índice pesquisado chegou a 43% dos encaminhamentos.

evidente as referências fundamentais sobre como essa lógica é operada. Coloca o sintoma como algo que deve sofrer uma intervenção para que possa desaparecer e elege o médico como aquele que detém o saber capaz de realizar esse desaparecimento quando esgotados os recursos no âmbito de um outro saber.

Não se pretende investigar as possíveis representações sociais que determinadas parcelas da população brasileira têm do caminho a ser percorrido diante de um problema tomado como sintoma e que supera sua capacidade de intervenção. Considera-se como evidência empírica o que parece ser o caminho prevalente, seguido na situação de doença, que é a busca por um médico ou serviço de saúde que possam indicar a intervenção a ser feita com base num saber legitimado cientificamente.

O objeto de estudo deste trabalho foi extraído do universo das políticas públicas, nas quais, no caso do setor saúde, esse caminho prevalente é sustentado de forma ampla pelas políticas dos órgãos governamentais. Estas políticas estabelecem a referência do serviço de saúde e do médico como *locus* privilegiados para onde devem convergir todas as questões de saúde da população. Célio Garcia aponta que, a partir do paradigma “pasteuriano”, o objetivo da Saúde Pública seria uma *“idéia baseada na autoridade pública encarregada de zelar pelo bem-estar da comunidade.”*⁴⁶ Essa mesma idéia também é corroborada por Paul Singer que afirma que o que marca histórica e estruturalmente a constituição dos serviços de saúde é a

⁴⁶ GARCIA, Célio. Democracia Radical in FLEURY, Sônia (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 197

sua posição de autoridade, que encarna a relação saúde/poder, e, mais especificamente, a relação medicina/controle social.⁴⁷

Este tipo de hipótese de caráter sociológico não será verificada diretamente. No entanto, essa relação de poder e autoridade do serviço de saúde e/ou do médico, como representantes de uma ideologia que promove uma alienação necessária da população sobre o seu corpo, e subtrai efeitos econômicos e normatizadores poderá ser lida, de forma indireta, na análise realizada.

É importante ressaltar que, embora se apresentem próximos, os discursos da medicina e da saúde pública ou coletiva não se equivalem. Os dois sem dúvida ocupam posição de mestria em relação à definição de saúde, mas partem de paradigmas normativos diferentes; a saúde pública do social e a medicina do biológico. No entanto, pode-se afirmar que, apesar de não se equívalem, mantêm relação de colaboração estreita já que se dirigem a ideais comuns, o da saúde e do bem-estar.

Esses ideais, que também ilustram os objetivos da ciência de uma forma geral, ganharam contornos de hegemonia e conferiram ao discurso científico a última palavra na determinação da verdade. É possível considerar que o discurso médico é o representante mais privilegiado que a ciência encontrou para operar sua lógica normativa incumbida de avaliar e decidir causas e condutas, tendo sempre como referência os ideais citados.

Conforme Jesús Santiago, pode-se falar em um novo direito à saúde, que torna o recurso ao médico um atalho para se obter os efeitos de promessa de bem-

⁴⁷ SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo e OLIVEIRA, Elizabeth. *Prevenir e Curar*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988 p. 18

estar propugnados pelo discurso da ciência. Para cada paciente que vai em busca da sua cota de bem-estar físico e mental, resta ao médico responder a essa demanda na sua literalidade, ao preço de manter-se na modernidade como o representante máximo desse discurso.⁴⁸

Essa discussão é de interesse primordial, uma vez que o estatuto científico da medicina, pelo seu caráter generalizador e homogeneizador, promove a expulsão da manifestação singular para o território do psicopatológico. De forma mais específica ainda, pode-se dizer que esta posição sustentada pelo discurso médico se configura enquanto verdade absoluta, já que, não admite brechas em relação ao saber. Quando a queixa ou o sintoma apresentado não se encaixam no esquadramento nosológico à disposição do médico, resta uma causa definida pelo saber médico: a causa “idiopática”, de identificação ignorada ou desconhecida, e sobre a qual, ainda assim, com a sua “autoridade científica”, o médico vai indicar o caminho a ser investigado.

Inicialmente pretende-se situar historicamente a discursividade médica na sua tradição científica, que conecta o aparecimento de algum problema no curso do desenvolvimento de um indivíduo, a alguma alteração funcional, metabólica ou ainda fisiológica do organismo. Como hipótese de uma anormalidade em relação a um ideal, o médico irá, ao se deparar com o sintoma que se lhe apresenta, proceder a uma classificação e indicar os caminhos da sua remissão.

⁴⁸ SANTIAGO, Jesús “Aspecto atual da histeria na civilização da ciência” in COUTO, L.F. (org) *Pesquisa em Psicanálise*. Coletâneas da ANPEPP. SEGRAC. Belo Horizonte: 1996 p. 37

2.1 PALAVRAS DO DISCURSO MÉDICO

2.1.1 O sintoma como ordenador da queixa

A história arqueológica da medicina moderna, proposta por Foucault em o “Nascimento da Clínica”, e analisada por Roberto Machado, aponta para uma ruptura ao nível do objeto da medicina, ao final do século XVIII, que a inaugura como moderna, que é o recorte de um novo domínio, é a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço de representação, ideal, taxonômico, superficial para um objetivo, real, profundo. É o nascimento da *clínica* onde se produz a passagem de um espaço de configuração e classificação da doença, para um outro, de localização no corpo do indivíduo.⁴⁹

Essa ruptura introduz uma complexidade na estrutura do sintoma. Desaparece a diferença total entre sintoma e doença.

*“A doença não é mais uma natureza oculta e incognoscível; sua natureza, sua essência é sua própria manifestação sensível enquanto fenômeno, ao nível dos sintomas: uma doença é um conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar.”*⁵⁰

O quadro discursivo sobre a doença abandona a classificação natural e passa a se basear, com a *clínica*, na sua manifestação visível, na sua transcrição primeira e na figura invariável de sua essência : o sintoma. Passa-se para uma equivalência

⁴⁹ MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988 p. 95

⁵⁰ Ibidem p. 104

entre a doença e o sintoma sendo que o reconhecimento deste último fornece a própria natureza da doença.

Na *clínica* não havia uma diferença fundamental entre o signo e o sintoma: todo sintoma podia se tornar signo e todo signo era apenas um sintoma lido, isto é, dizia o que era o sintoma. Apesar de Foucault apontar para certa sucessão de paradigmas que ordenam a lógica médica, como se verá adiante, pode-se identificar, na medicina atual, que o ordenador representado pelo sintoma é ainda bastante presente.

Neste estudo foram recolhidos 91 encaminhamentos médicos em que há uma grande diversidade de nomeações para o que o paciente apresenta e várias delas se inscrevem nessa perspectiva da *clínica*, no sentido referido anteriormente. Trata-se de indicações rápidas de um comportamento percebido ou de transcrições sobre o “visível” que é apresentado pelo acompanhante da criança ou do adolescente. Alguns exemplos:⁵¹

“...não para quieta na escola + dificuldade de atenção + não está indo bem na escola. Quadro se iniciou quando entrou para a escola.” (enc. 3)

“Criança segundo a família é muito quieta, tem dificuldades na escola.”
(enc.7)

“Criança reage com vômitos e “desmaios” ao stress (muito nervosa)”
(enc. 35)

“Mãe relata que criança é agitada” (enc. 37)

⁵¹ As citações dos encaminhamentos foram feitas sem correções ou modificações, que poderiam facilitar o entendimento mas, prejudicariam o retrato que se quer estabelecer.

“Paciente acima apresentando quadro de polifagia, hipersonia, roendo unhas arrancando pelos do couro cabeludo.” (enc. 41)

“Apresenta medo + intenso. “Paciente obesa com hiperatividade” (enc. 42)

“Rigorouso com os deveres.” (enc.43)

“Há 15 dias a criança vem apresentando nervosismo e agressividade (auto-agressão)” (enc. 44)

“Pcte de 14 anos com quadro de insônia inicial segundo a mãe...” (enc. 47)

“Sem motivação p/ estudo. Desejo de tirar útero devido a cólicas.” (enc. 48)

“Idéia de auto-extermínio. Há uma semana deixou de freqüentar a escola.

Há 48 hs não quer comer. (enc. 51).

“Criança com 3 anos, apresentando há 2 meses distúrbio na área sexual (ereção de pênis, masturbação)” (enc. 53)

“Com queixa de ser agitado. Chora – berra, por qualquer coisa.” (enc. 63)

“...com relato de evasão escolar.” (enc. 65)

“Paciente queixa de tristeza, nervosismo ansiedade...” (enc. 66)

“Instabilidade emocional, roe unhas, chupa dedos.” (enc. 69)

“Relata a mãe que atualmente a criança está muito nervosa. Perda de ano escolar.” (enc. 76)

“Criança apresentando “mêdo” inclusive de pessoas.” (enc. 79)

“Segundo a mãe, a paciente sempre foi “nervosa”.” (enc. 80)

“...criança apresentando nervosismo após perda do pai.” (enc. 82)

“Há +/- 06 meses a criança passou a ficar agitada, treme o corpo quando não é atendida, sono agitado. Nervosa. “ (enc. 86)

“...agressividade esporádica + baixa tolerância a frustração.” (enc. 89)

Alguns encaminhamentos, nessa vertente *clínica* descrita, trazem apenas uma ou duas palavras na apresentação do sintoma, e que no seu estatuto de frase, já que o médico pressupõe que apenas uma palavra encerraria toda uma explicação, explicitam a dimensão do signo. Alguns exemplos:

“Agressividade” (enc. 2)

“Agitação” (enc. 4)

“...ansiedade e medo” (enc. 29)

“Enurese noturna” (enc. 31)

“Enurese” (enc. 32)

“Enurese noturna” (enc. 39)

“Enurese noturna” (enc. 45)

“Medo + ansiedade” (enc. 56)

“Agitação. Agressiva. Impaciente.” (enc. 59)

“...enurese noturna” (enc. 71)

Um primeiro ponto de análise seria o reconhecimento de que obviamente, ao exame, não é possível ao médico perceber que o paciente porta a problemática relatada pelo seu responsável. Ele se baseia, primordialmente, num relato que pretende dar-lhe os elementos para que possa orientar seu raciocínio e concluir por uma conduta. Pode-se inferir que o tipo de queixa apontada nos exemplos acima exclui de imediato o procedimento clássico do exame físico e da pesquisa por causalidades orgânicas. Trata-se então de imprimir ao exame a lógica que permite, ouvir o visível, acreditando de forma literal naquilo que o responsável vê. O relato dos sintomas que o médico faz no encaminhamento corresponde a uma associação indissolúvel do ser patológico a uma linguagem descritiva, como o correlato idêntico

da estrutura da doença à forma verbal que é apresentada. Dessa maneira, o olhar clínico e a queixa se conformam a uma estrutura que delimita o que pode e o que não pode ser dito pelo discurso médico. Nas palavras de Foucault:

Descobre-se então que o espaço da clínica são os signos e os sintomas: um campo ao mesmo tempo da percepção e da linguagem, na medida em que o próprio real obedece ao modelo da linguagem. A clínica é um olhar que seria ao mesmo tempo e por isso mesmo linguagem. “O olhar clínico tem essa paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo.”⁵²

Pode-se concluir então que o encaminhamento se faz a partir da indicação de que, o que o paciente apresenta enquanto doença equivale ao que se apresentou enquanto queixa. Parece que essa equivalência, estabelecida de forma bastante apressada, carrega uma dimensão temporal. Torna-se urgente para o médico se desvencilhar o mais rápido possível desse tipo de situação.

Poder-se-ia utilizar dois argumentos em favor dessa pressa: em primeiro lugar, trata-se de uma rede de serviços de saúde que é pressionada pela necessidade de apresentar boas taxas de resolutividade, e, em segundo, pela insistência da mãe em obter uma resposta para sua queixa de que algo vai mal. Mas fundamentalmente é

⁵²FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*, 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994, p.108

a própria evidência de um sintoma tomado como signo, não inscrito no discurso médico, é que precipita o seu ato.

Pretende o médico que o ato de encaminhar reflita e descreva uma situação particular, mas, na verdade, o que é explicitado é o sintoma desvinculado do contexto específico de uma demanda que pela sua inespecificidade poderia estar do lado dos três participantes da cena médica, a criança, a mãe ou o médico. Por isso, diante de um sintoma, o trabalho dos médicos é redutor, visto que, tomado de forma isolada é capaz de decidir pelo ato médico, que ignora e anula o sujeito atrás do sintoma médico.

O psicanalista Jean Clavreul que trabalhou profundamente as relações da ordem médica com a subjetividade irá afirmar que na medicina os clínicos foram aceitando a idéia de que todo signo recolhido se ligava necessariamente a uma realidade e não podia ser interpretado senão a partir desta. Daí, então a medicina, define as doenças mentais pelo fato de apresentarem sintomas sem causa localizável no discurso médico, e as rejeita para o registro de um imaginário, de um senso comum que se opõe à realidade científica. ⁵³

Os sintomas descritos nos exemplos se apresentam como uma negação da verdade médica e afirmam, ao mesmo tempo, a inexistência do paciente no discurso médico e a necessidade de que deve ser “curado” da sua falta de ordem, em outro lugar, para voltar, então, a fazer parte da ordem médica.

⁵³ CLAVREUL, Jean *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983, p. 188-201.

Ali na cena médica não há lugar para esse tipo de queixas e sintomas listados, sendo portanto o paciente, sua mãe, seu acompanhante e finalmente a dimensão da demanda enviados para outro lugar.

Desde a enunciação de uma palavra qualquer que indique uma outra possibilidade que não a doença localizável na lógica médica, não está mais em questão a descoberta de uma afecção e a proposição de uma terapêutica, mas a busca por argumentos, ou melhor, por sinais e sintomas que sustentem o ato de encaminhar.

Dessa forma, chama a atenção a grande diversidade de sintomas enumerados nos encaminhamentos recolhidos. Dos mais genéricos aos mais específicos, que são a sua maioria, todos nos remetem ao contexto da medicina clínica definida por Foucault a partir, principalmente, do olhar médico.

Clavreul irá fazer uma crítica a essa formulação de Foucault, afirmando que *“os médicos são cada vez mais levados a falar em termos de mensagens, de informações, de trocas celulares, e certamente não mais a identificar a doença ao visível ou ao apreensível imediato.”*⁵⁴ Poderia aqui ser colocada uma distinção entre o olhar e a visualidade. Observa-se que o avanço tecnológico operado na medicina é uma pesquisa incessante no sentido de ampliar o alcance da visualidade médica, cada vez mais micro, cada vez mais localizada. . O fenômeno passa a ser percebido por um olho ainda mais preciso, o da máquina, que é pré-dirigido para o que precisa ser visto estritamente dentro da ordem médica.

A referência ao olhar e à percepção não se confundem com essa dimensão

⁵⁴ Ibidem p. 197

visual, ocupam seu lugar de importância nesse discurso, como aponta o próprio Foucault, de uma forma imanente à sua inscrição na linguagem, numa literalidade absoluta com o que se apresenta ao médico.

A palavra da mãe que enuncia suas dificuldades com o comportamento que extrapola sua possibilidade de manejo e que é endereçada ao médico encontra de imediato, por mais dramático que seja seu relato, o caminho curto da exclusão desse seu discurso, do universo fechado da ordem médica.

2.1.2 A ordem do signo

A *clínica*, portanto, se sustentou por longo tempo sobre esse paradigma da percepção até ser atravessada pela racionalidade *anátomo-patológica* que representou um grande corte na história da medicina ocidental. Foucault descreve essa passagem:

“E nesta nova imagem que se faz de si mesma, a experiência clínica se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo que é, ao mesmo tempo, esta massa opaca em que se escondem os segredos, as invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas pouco a pouco entrará em regressão para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica totalmente ordenada pela anatomia

*patológica.”*⁵⁵

O olhar médico não se contenta mais com a superficialidade do corpo, então categorizada como entidade nosológica, e passa a buscar nesse mesmo corpo, agora individualizado e colocado na realidade pela identificação de uma lesão, a sede da doença, seu lugar profundo. Na anátomo-clínica, o signo se dissocia do sintoma, este podendo nada significar, enquanto o signo, sem estabelecer uma relação com o sintoma, tem valor ou certeza na medida em que remete à lesão, ao organismo doente. *“O signo, portanto, só pode remeter à atualidade da lesão e nunca a uma essência patológica”*⁵⁶

Foucault também irá apontar que, na medida em que o sintoma permite distinguir um fenômeno patológico de um estado de saúde a partir do discurso médico, ele também é signo da doença, o que significa dizer signo de si mesmo pois a essência da doença é ser um conjunto de sintomas. *“Por esta simples oposição às formas da saúde, o sintoma abandona sua passividade de fenômeno natural e se torna significante da doença, isto é, dele mesmo tomado em sua totalidade, visto que a doença nada mais é do que a coleção de sintomas”*⁵⁷ O sintoma torna-se portanto signo a partir do olhar atento à diferença, que percebe que o comportamento fora de ordem escapa a uma frequência esperada.

Outra série de encaminhamentos são exemplos dessa vertente sígnica que representam a marca da verdade anátomo-patológica, que, mesmo sem fazer

⁵⁵ FOUCAULT, *O Nascimento da Clínica*, 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994 p. 139.

⁵⁶ Ibidem, p. 184

⁵⁷ ibidem p. 91

referência direta a uma lesão, apontam a perspectiva de que o signo estabelecido encerra o doente. Como representantes dessa ordem sógnica aponta-se:

“Distúrbio do comportamento” (enc. 29)

“...quadro de distúrbio do déficit de atenção” (enc. 30)

“Criança com 9 A de idade que há 3 dias apresenta-se c/ distúrbio comportamento” (enc. 34)

“Paciente deprimida...” (enc. 40)

“Criança apresentando quadro importante de pânico – Estado de ansiedade Dist. Psicossomáticos...” (enc. 43)

“Distúrbios do comportamento” (enc. 46)

“Poliqueixosa” (enc. 48)

“Solicitamos avaliação clínica para a menor por apresentar quadro de agitação psicomotora (Hiperkinética)...” (enc. 49)

“Encaminho a paciente, com 16 anos para controle do desvio do comportamento.” (enc. 50)

“Quadro de depressão franca...” (enc. 51)

“Há +/- 2 meses vem tendo reações de conversão.” (enc. 52)

“Solicito avaliação da paciente com quadro sugestivo de conversão psicomotora.” (enc. 54)

“Atraso do desenvolvimento mental.” (enc. 57)

“Paciente com distúrbios do comportamento.” (enc. 59)

“Solicito matrícula e atendimento para o menor com distúrbio psicoemocional...” (enc. 60)

“Pac. De 15 anos, meningite c/2 anos, c/ déficit intelectual...” (enc. 61)

“Enc. o menor c/ 8 anos, c/ problemas de comportamento domiciliar e escolar.” (enc. 67)

“...menor com quadro de distúrbio do comportamento”. (enc. 68)

“...com distúrbio do comportamento e déficit de aprendizagem.” (enc. 70)

“...com quadro de distúrbio de comportamento...” (enc. 71)

“Distúrbio do comportamento”. (enc. 73)

“Encaminho-lhes o menor, 08 anos, com quadro de distúrbio do Déficit de atenção/ DCM/ , visando quantificação de inteligência. (enc. 75)

“Encaminho a menor, 15 anos com quadro de depressão.” (enc. 77)

“...c/ relato de distúrbio do comportamento.” (enc. 81)

“...tem apresentado sintoma de forte depressão.” (enc. 83)

“...Dist. Neurótico de conduta.” (enc. 84)

“...quadro de distúrbio do déficit de atenção”. (enc. 88).

Esta extensa lista traz em seus elementos, que representam um estatuto de diagnóstico, a intenção do médico de justificar o ato de encaminhar sustentado num signo definidor de uma afecção mental, que em si, não descreve nada.

Assim o médico pode, a partir dos sintomas, fazer uma designação imediata dos signos que irão definir a queixa que lhe é apresentada, estabelecendo as relações fixas, não problemáticas, entre signos e as coisas que representam. Configura-se portanto a relação, apontada por Clavreul, de que o signo representa alguma coisa, e não um sujeito, para alguém que saiba lê-lo.⁵⁸

⁵⁸ CLAVREUL, *op. cit.*, p. 250

É importante salientar que alguns encaminhamentos trazem os dois tipos enunciativos apontados, o sintoma como signo, que define o discurso da medicina clínica, e o signo já dissociado do sintoma, da medicina anátomo-clínica. São enunciados tratados aqui como modos de discurso utilizados para designar o fenômeno que se apresenta sem inscrição prévia no discurso à disposição dos médicos.

Pode-se portanto concluir que o médico, ao eliminar uma causalidade anátomo-patológica para o sintoma da criança que se apresenta, ou retorna a uma posição da clínica orientando-se pelo próprio sintoma para a definição do seu encaminhamento, ou então ordena, com um signo qualquer, a torrente de queixas com que se depara.

Os dois tipos enunciativos caminham na mesma direção. Trata-se de expulsar dali uma manifestação singular que aponta o limite do discurso médico, uma manifestação que faz um apelo no sentido do que não está inscrito.

Uma objeção poderia ser feita. A de que o ato médico de encaminhar é o reconhecimento de que o fenômeno apresentado se inscreve num outro discurso, numa outra instância: a da psicologia, da psiquiatria, da pedagogia ou ainda, na da saúde mental. No entanto, a solicitação que é feita se coloca na perspectiva de uma complementaridade para que se proceda a mais um exame, onde estaria presente apenas uma extensão do discurso da ciência. Mais a frente, voltar-se-á a esse tema.

2.2 A MEDICINA E A ESCOLA

O problema do desenvolvimento mental da criança será abordado somente no final do século XIX, período que sofre as ressonâncias de uma virada no discurso médico. Os “pioneiros”, Seguin e Esquirol, pretendiam estabelecer as bases desse desenvolvimento a partir de critérios clínicos e fisiológicos. Esses autores, segundo Ana Lydia Santiago, “introduzem o essencial de uma nomenclatura nosológica que permanece por muitos anos e define o horizonte teórico que orientará as abordagens psicométricas e a psiquiatria infantil.”⁵⁹

Em Esquirol, as alterações no comportamento da criança são consideradas como interrupções no curso do desenvolvimento não se tratando da configuração de uma doença mas de um estado no qual as faculdades intelectuais não se manifestam. Trata-se de uma formulação cuja finalidade é psicossomática.

Seguin, no entanto, propõe um referencial mais mecânico com base na anatomia e na fisiologia. Segundo Santiago,

*“Sua proposta é de uma definição positiva da afecção orgânica que seria o cerne da debilidade. Mas isso não passará de uma hipótese metodológica, pois Seguin não chega a estabelecer um divisor entre normal e patológico. Há uma suspensão das pesquisas médicas e a conexão dos parâmetros de normalidade ao desempenho pedagógico.”*⁶⁰

⁵⁹SANTIAGO, Ana Lydia. Criança/Escola: Especial? In *Recurso*. Fórum de Atenção à Saúde Mental da Criança dos Distritos Sanitários Centro-sul e Leste. N. 1. Belo Horizonte, agosto, 1994, p. 26

⁶⁰Ibidem p. 27

Com Binet, que também partirá dessa conexão, é que surgirá, no início do século XX, a noção de debilidade mental que não se sustenta a partir de um esquadramento médico do corpo ou da fisiologia, mas a partir do rendimento escolar da criança. A partir daí será estabelecida uma relação de determinação entre as idades e as capacidades. Binet, citado por Santiago, vai apontar que: “*A regra que permite identificar a criança anormal é seu retardo escolar.*”⁶¹

Partindo dessa associação estabelecida por Binet, entre debilidade mental e desempenho escolar, e contabilizando os sintomas apresentados pelos encaminhamentos médicos que fazem referência a algum tipo de alteração na área escolar, pode-se contar 29 enunciados, que representam cerca de 32% do total. Sem dúvida, essa prevalência de uma área específica sobre os outros sintomas apresentados confirma a pregnância dessa relação do desempenho escolar como parâmetro de normalidade na criança referendado pelo discurso médico.

Os exemplos são diretos:

“Criança com baixo rendimento escolar.” (enc. 1)

“Baixo rendimento escolar” (enc. 2)

“...não para quieta na escola + dificuldade de atenção + não está indo bem na escola. Quadro se iniciou quando entrou para a escola.” (enc. 3)

“Baixo rendimento escolar” (enc. 4)

“Criança com dificuldade de aprendizagem” (enc. 5)

“Dificuldade escolar”. (enc. 6)

“...tem dificuldades na escola.” (enc. 7)

⁶¹ BINET, A. *Les idées modernes sur les enfants.* Paris: Flammarion, 1909, citado por Santiago, *op. cit.*, p.

“Dificuldade de aprendizagem.” (enc. 8)

“Criança apresentando dificuldade e baixo rendimento escolar.” (enc. 9)

“Dificuldade aprendizado escolar.” (enc. 10)

“Baixo rendimento escolar.” (enc. 11)

“Dificuldade de aprendizagem.” (enc. 12)

“Encaminho o menor para avaliação a pedido da escola por motivo de repetência escolar.” (enc. 13)

“Dificuldade escolar” (enc. 14)

“Dificuldade de aprendizado” (enc. 15)

“...dificuldade relacionamento familiar e escolar.” (enc. 36)

“Rigorouso com os deveres” (enc. 43)

“Sem motivação para estudo” (enc. 48)

“Há uma semana deixou de frequentar a escola” (enc. 51)

“...mal desempenho escolar.” (enc. 60)

“...com dificultd. de aprendizagem escolar.” (enc. 62)

“Com dificuldade escolar.” (enc. 63)

“...c/ problemas de comportamento domiciliar e escolar.” (enc. 67)

“...déficit de aprendizagem”. (enc. 70)

“Perda de ano escolar.” (enc. 76)

“Encaminhado da Escola Municipal. Relatório em anexo.” (enc. 85)

“...o que resulta em distúrbio de aprendizagem” (enc. 88)

Pode-se inferir que talvez as próprias escolas indiquem que seus alunos “problemáticos” se dirijam, em primeiro lugar, aos serviços de saúde, para obterem do médico um parecer sobre a causa do seu comportamento, por acreditar que ali

estaria um veredicto definidor. No entanto, essa não parece ser uma relação estabelecida apenas sob o aspecto da explicação de um enigma.

Na verdade, trata-se do retorno de uma relação secular em que os encaminhamentos médicos com motivos escolares remetem à tradição higienista da medicina, do final do século XIX, no Brasil. Esta medicina elegeu os “colégios” como o laboratório privilegiado da testagem das suas hipóteses profiláticas, orientando desde sua organização arquitetônica até seu sistema disciplinar.

Várias teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendidas no século passado, introduzem a argumentação para essa perene relação. Dentre elas, uma passagem de uma tese, de 1852, ilustra com clareza a função do professor e o objetivo da sua prática:

*“Se a questão se limitasse ao ensino da leitura, caligrafia e aritmética, nada mais fácil que ser professor. Mas trata-se de nada menos que formar corações, preparar homens para a sociedade, aperfeiçoá-los física, moral e intelectualmente.”*⁶²

O mau desempenho escolar indica de forma automática a anormalidade do comportamento e encontra no discurso médico, na sua perspectiva normativa, o lugar privilegiado de prescrição da correção a ser operada.

⁶² ARMONDE, Amaro Ferreira das Neves. *Da educação física, intelectual e moral da mocidade do Rio de Janeiro e da sua influência sobre a saúde*. Tese apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1874, citado por COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 1989 p. 181

2.3 A MEDICINA E O CONTEXTO SOCIAL: a lógica do complementarismo

Não está em jogo aqui uma historiografia da medicina, mas a delimitação dos elementos que compõem o discurso médico no que contemplam o exercício de uma prática concreta. Mesmo porque as histórias que os médicos contam sobre a medicina apontam para uma perspectiva evolucionista, em que, num período anterior, se sabia menos do que se sabe no momento em que é escrita. O seu percurso como ciência evolutiva, tecnologicamente positivada, faz da história da medicina, do ponto de vista do discurso médico, uma história da pesquisa industrial.

Não se trata, portanto, da discussão sobre os limites e fronteiras entre a história da ciência e a história das idéias ou dos discursos ideológicos mas, da inclusão dos elementos históricos que dão a devida dimensão do nível de complexidade que alcançou o discurso médico. Um ponto estruturante a ser apresentado é a vinculação das modificações que o discurso médico sofreu em função da sua existência em uma dada época.

A idéia de relacionar um certo período a uma concepção discursiva está presente nas teorias que dão sustentação à análise do discurso. Não se pretende colocar de forma detalhada as relações de interdeterminação entre a medicina e suas épocas, perseguindo, na história, as bases de cada um dos seus elementos. No entanto, o interesse é constatar essa relação no que toca aos aspectos presentes no objeto desta investigação.

Trata-se da entrada na semiologia médica de elementos que remetem à consideração do doente como determinado por aspectos pessoais e familiares articulados com um meio histórico e geográfico concretos.

Como num retorno do nascimento da Medicina Social, no século XVII, no qual os interesses de Estado animaram todo um programa de organização das cidades e das suas populações, observa-se, no início deste século, a medicina incorporar no seu rol de determinações mórbidas as *condições sociais da existência humana*. No final dos anos vinte, aparece a Medicina Antropológica, discurso formulado na Alemanha, por Oswald Schwartz.

A Medicina Antropológica propunha a superação de uma medicina estritamente orgânica, tal como esta se manteve no modelo clínico tradicional, colocando a enfermidade como tendo também causalidades de ordem psicológica, sociológica e antropológica. Esta complexificação etiológica exigiria a necessidade de se repensar os modelos terapêuticos até então existentes.

Schwartz, citado por Birman, vai propor a noção do indivíduo em relação com a comunidade, procurando fornecer os primeiros traços que definiriam o estatuto social do doente. As relações complexas da enfermidade com o indivíduo enfermo assim como deste com a Ordem Social passam a configurar um campo complexo para onde a medicina deveria se deslocar.⁶³

Pode-se fazer um paralelo com as tendências contemporâneas de conformar um conceito de saúde baseado em todo um conjunto de fatores e condições de estrutura social que vão configurar um ideal político de estado de bem-estar. No

⁶³ SCHWARTZ, Oswald. *Medizinische anthropologie*. Leipzig, 1929, citado por BIRMAM, Joel *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980, p. 25

Brasil, a definição de saúde estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a conceitua como um estado em que estariam contempladas condições favoráveis de emprego, habitação, lazer, transporte, alimentação e também assistência médica. Nessa mesma Conferência, estabeleceu-se o *slogan* que orientará de forma definitiva o discurso das políticas de saúde brasileiras: “A saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão”.⁶⁴

Para além da determinação social da enfermidade, em meados dos anos trinta deste século, nos Estados Unidos, é formulada a noção de Medicina Psicossomática, apoiada pelo Instituto de Psicanálise de Chicago. Diferentemente da Medicina Antropológica, a Psicossomática não interrogou o estatuto social da enfermidade, restringindo-se à postulação de uma causalidade psíquica.

Nos anos cinquenta, ainda nos Estados Unidos, as dimensões psicológica e sociológica apareceram juntas enquanto causalidade das enfermidades, no que se denominou, como Ciência do Comportamento Humano, perspectiva que exerceu grande influência sobre o corpo discursivo da medicina contemporânea.

A medicina entra na região da *interdisciplinariedade*, em que vários saberes supostamente referenciados pela mesma perspectiva epistemológica, vão confluir. Segundo Birman, este conjunto de discursos não se refere ao mesmo objeto científico, mas a uma pluralidade de objetos que encontram a sua delimitação e as suas verdades nos saberes de origem: Psicologia, Sociologia, Antropologia, Psicanálise e Biologia.⁶⁵

Portanto, não haverá o forjamento de um novo objeto, ou de um novo campo

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986

⁶⁵ BIRMAN, *op. cit.*, p. 25

conceitual mas apenas um terreno comum de convivência alicerçado pela hipótese da determinação social e psicológica da doença. Esse terreno, de grande pluralidade discursiva, vai dar à medicina nesse seu enfoque interdisciplinar, a perspectiva da *lógica do complementarismo*, na qual o recurso a um outro saber vai ser utilizado a partir de um certo esgotamento do seu arsenal terapêutico.⁶⁶

Pode-se considerar que esse tipo de referência promove suas ressonâncias na prática médica corriqueira de forma insidiosa. Percebe-se o enfermo como multideterminado na enunciação da sua queixa ou na apresentação dos seus sintomas. A intervenção médica, porém, continua de forma restrita a identificar a possível etiologia orgânica. Trata-se de uma lógica de discurso que não aceita elementos que extrapolem sua configuração de olhar objetivado.

Em parte dos encaminhamentos médicos consta apenas o tipo de procedimento esperado sem qualquer especificação do quadro que justificaria o pedido. Trata-se de uma conduta, em que de forma implícita, o profissional que receberia o caso, em muitos lugares designado como *para-médico*, já saberia de antemão o que fazer. Pode-se interpretar esse dado como a expectativa da ordem médica de que seja realizado apenas, um acréscimo na terapêutica ou um novo exame. O organismo doente é enviado a outro compartimento de saber, porém, com o seu estatuto de objeto da ciência médica, preservado.

Os exemplos recolhidos explicitam a relação apontada:

⁶⁶ Ibidem p. 26

“Encaminho o paciente acima p/avaliação. Não faz uso de nenhuma medicação. Nunca fez controle.” (enc. 16)

“Peço avaliação acompanhamento do paciente acima.” (enc. 17)

“Encaminho as pacientes a primeira com 22 anos e sua filha com 4 anos para o serviço de saúde mental conforme queixas relatadas ao serviço social.”(enc. 18)

“Solicito consulta c/psicólogo.” (enc. 19)

“Avaliação psicológica” (enc. 20)

“Solicito avaliação da menor acima” (enc. 21)

“Avaliação clínica” (enc. 22)

“Solicito consulta c/o psicólogo” (enc. 23)

“Solicito: avaliação psicológica” (enc. 24)

“Solicito acompanhamento psicoterápico.” (enc. 25)

“Encaminho o jovem para avaliação.” (enc. 27)

“Solicito avaliação psicológica do menor acima.” (enc. 28)

“Pede-se avaliação e conduta” (enc. 72)

“Pede-se avaliação psicológica + testes” (enc. 87 mais 6 encaminhamentos idênticos)

“Pede-se orientação psicoterápica” (enc. 91)

São 21 encaminhamentos que figuram apenas com o indicativo do procedimento solicitado sem a descrição de motivos ou sintomas. Esta pode ser considerada uma proporção relevante e que tem sua raiz na relação de complementarismo descrita anteriormente.

O dado mais freqüente, “avaliação psicológica + testes”, escancara essa relação, especificando uma demanda que supostamente constituiria o objeto da saúde mental e aqui, especificadamente, o da psicologia: um exame a mais que pudesse referendar a avaliação médica.

Pode-se ainda apontar uma prevalência da menção ao psicólogo, ao psicológico ou ainda ao psicoterápico, que aparece 17 vezes nas citações, o que faz dessa associação, psicólogo e médico, a representação privilegiada da concepção psicossomática no discurso médico.

Como conclusão desse tópico, pode-se fazer uma parábola com uma cena corriqueira da política. Nas arenas políticas, diante de votações legislativas polêmicas, costuma-se dizer que, às vezes, é preciso mudar alguma coisa para que tudo fique como está. A analogia com esse tipo de lógica pode ilustrar o estatuto do discurso médico contemporâneo.

Trata-se de um discurso que, mesmo permeado por influências contingenciais, como as da psicologia, psicanálise, sociologia e política, entre outras, manteve seu paradigma biológico científico inalterado. É verdade que admite determinações múltiplas para o adoecimento (algo tem que mudar), porém, seu olhar, sua propedêutica, seu diagnóstico e sua conduta continuam se realizando sobre a mesma base que concebe a doença como algo que acontece em decorrência de reações fisiológicas, apesar do sujeito que as carrega.

2.4 O DOENTE ABSTRAÍDO

Desde seu período clássico, a medicina segue o modelo da história natural, que tem, como sujeito e como objeto respectivamente, o olhar de superfície do médico e o espaço plano da classificação de doenças. Na sua organização da ordem natural das espécies, o conhecimento para se produzir deve abstrair o doente pois este introduz um elemento accidental, opaco, exterior com relação à doença tomada como pura essência. Se a doença sempre se apresenta em um corpo, a habilidade do médico é justamente saber considerá-la, sem privilegiar essa dimensão contingente, como essência.

Não é a consideração do doente que ensina sobre a doença; a utilidade do doente é de exemplificar as doenças, que não são conhecidas a partir do inventário do organismo doente. O doente é um simples acidente cuja realidade individual não deve prejudicar a ordem essencial da doença.

Portanto, o que ordena a relação médico-doente é o distanciamento do médico em relação ao seu doente. Esse distanciamento fundante dessa relação se corporifica a partir da exclusão das posições subjetivas de um e de outro. O que se espera do médico é que ele represente o discurso médico da melhor forma possível, e do doente que a ele se submeta. Não existe, portanto, a relação médico doente, nem tampouco relação médico-doença. Existe apenas uma relação discurso médico-doença. Clavreul vai afirmar que:

“O médico não fala e não intervém senão enquanto é o representante, o funcionário do discurso médico. Seu personagem deve se apagar diante da objetividade científica da qual é o garante. Quanto ao doente, não é a ele que se dirige, mas ao homem

*presumidamente normal que era e que deve voltar a ser, isto é, um homem que raciocina corretamente, o que quer dizer que ele se submete à razão médica”.*⁶⁷

A razão médica está intrinsecamente ligada a uma normatização que antes de ser científica é jurídica e social. A norma impõe a noção de saúde que o doente deve reencontrar e é também a regra que deve seguir o médico, a de prescrever o que é preciso para que a saúde se restabeleça. O imperativo da saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão é o representante máximo dessa ação normatizadora.

A norma à qual o doente deve atingir é uma norma natural, aquela pela qual um organismo não se mantém neste estado. Assegurar a ordem do organismo num contexto de normalidade é a finalidade da ordem médica. Apesar da inclusão de outras fontes de determinação do adoecimento, pode-se afirmar que o conjunto destas fontes é sempre reenviado, em última instância, à estrutura anatômica da enfermidade.

O ideal “*Mens sana in corpore sano*” permite ao médico se ocupar da queixa que lhe chega, enquanto portador desse ideal que deve restabelecer a equivalência dessa equação. O sintoma que se apresenta ao médico é tomado como uma situação de anormalidade, de desequilíbrio contingencial, que deve ser abordada a partir da lógica da remissão do quadro sintomático. O envio para o serviço de saúde mental nada mais é do que o pedido de confirmação dessa regra.

⁶⁷ CLAVREUL, *op. cit.*, p. 224

No espaço que recebe esse “doente” – a saúde mental – a estratégia inicial é sempre no sentido de se operar uma torção nas significações que a criança, o adolescente ou seu responsável receberam do médico. Estas significações, sejam sintomas ou signos, procuram sempre destituir o sujeito da sua posição subjetiva, encerrando-o numa nomeação que representa o contra-ideal.

O que se pretende com esta torção é tomar o sintoma como uma construção, que, mesmo de forma precária, é capaz de dar um sentido para o que se apresentou como insuportável para o sujeito.

Trata-se de um trabalho árduo. O poder de apaziguamento que a significação do médico confere ao sintoma é por vezes devastadora. Há muitas vezes, por parte dos responsáveis pela criança, um apelo desesperado por medicamentos, por diagnósticos ou ainda por técnicas de educação.

Um caso clínico pode ser construído na saúde mental a partir do momento em que há êxito na operação de deslocamento da significação médica silenciadora e alienante para a posição falante do sujeito que porta o seu sintoma.

CAPÍTULO 3

DA CRIANÇA ESQUECIDA AO ESTATUTO DE OBJETO: A SEGREGAÇÃO PELA VIA DA ORDEM PÚBLICA

Observa-se hoje um debate de grande repercussão social sobre o tema da defesa dos direitos da criança e do adolescente. Pretende-se o estabelecimento de mecanismos jurídicos e institucionais que possam lhes oferecer de uma nova condição social. Tomada como indicador da qualidade de uma sociedade ou cultura, a criança ocupa hoje nos debates sociais um lugar privilegiado.

Trata-se da história recente sobre a conquista de direitos de diversos setores e grupamentos sociais. Francisco Pilotti faz referência a uma primeira geração denominada “direitos de liberdade”, atualmente conhecida como direitos civis e políticos, a uma segunda geração conhecida como “direitos de igualdade” que corresponde aos direitos econômicos sociais e culturais e finalmente aos direitos de terceira geração, dirigidos, dentre outros, às crianças e adolescentes, que são aqueles destinados a grupos sociais desprotegidos e discriminados e que visam a garantia do pleno exercício de seus direitos fundamentais.⁶⁸

Com o desenvolvimento do ideário dos direitos humanos se aprofunda e se amplia também o significado da noção de cidadania que não admite divisões em

⁶⁸ PILOTTI, Francisco. “Crise e Perspectivas da Assistência à Infância na América Latina” in PILOTTI & RIZZINI (orgs) *A Arte de Governar Crianças* Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula e Amais Livraria e Editora. Rio de Janeiro: 1995, p. 21

categorias como gênero, etnia, idade e etc. A cidadania contemporânea enfatiza um conjunto de direitos e responsabilidades necessárias para garantir a cada indivíduo sua participação plena na sociedade.

A clássica formulação de T. H. Marshall definirá o conceito de cidadania compreendendo, em primeiro lugar, os direitos civis, necessários para garantir a liberdade individual. Em segundo, os direitos políticos que visam garantir a participação no exercício do poder e, finalmente, os sociais que cobrem a gama de direitos que assegurariam que, *“dentro de uma sociedade dada, cada indivíduo possa desfrutar da segurança oferecida pelo bem-estar econômico, compartilhar plenamente a herança sócio-cultural e viver digna e civilizadamente.”*⁶⁹

A criança e o adolescente representam exemplarmente a categoria à qual se dirigem os direitos de terceira geração e também aqueles definidos como sociais que apontam para a contemporaneidade da sua inclusão no universo dos direitos de cidadania.

Esse movimento de se considerar crianças e adolescentes como seres de direitos ganhou impulso e estatuto de consenso mundial a partir de alguns marcos que direcionarão de forma definitiva a nova condição em que serão enquadrados. Entre o início das atividades da UNICEF, organismo internacional de defesa da criança, em 1947, a Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, o Ano Internacional da Criança, em 1979 e a Convenção dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1989, produziu-se uma verdadeira

⁶⁹ MARSHALL, T. H. *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950 citado por PILOTTI, *op. cit.* p. 21.

revolução teórico conceitual que forjou a concepção da criança como sujeito de direito e como cidadão privilegiado.

Um dos principais indicadores dessa realidade pode ser identificado na legislação específica para a criança e o adolescente, que no caso do Brasil é representada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Considerada uma das legislações mais completas do mundo, prevê um extenso rol de dispositivos, normas e responsabilidades que garantiriam *“todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.”*⁷⁰. Nesse contexto legal, estariam contempladas medidas de prevenção e atendimento.

3.1 O CONSELHO TUTELAR: definição e atribuições

Dos três encaminhadores pesquisados, os serviços médicos, as escolas e os conselhos tutelares, este último se desenvolveu, enquanto prática social, mais tardiamente. O Estatuto da Criança e do Adolescente, que entrou em vigor no dia da criança do ano de 1990, define o Conselho Tutelar como *“o órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nessa lei.”*⁷¹

⁷⁰ BRASIL. LEI N. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências. Livro I, art. 4.

⁷¹ ESTATUTO... art. 131.

Trata-se de uma instância criada pelo campo jurídico, a partir de longo processo de discussão social, que apontava o obsolescência das legislações anteriores e reclamava por referenciais mais modernos.

À sua condição de não jurisdicional, isto é, sem o poder e a autoridade de aplicar leis, restrito às autoridades judiciárias, é outorgada aos Conselhos Tutelares, como representantes da sociedade, a função de zelar pelo cumprimento dos direitos estabelecidos em lei.⁷²

Entre suas principais atribuições destacam-se: “*Atender as crianças e adolescentes quando seus direitos não forem atendidos: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável e III – em razão de sua própria conduta.*”⁷³ Nesses casos os conselheiros deverão aplicar uma ou mais das seguintes medidas:

*“I – encaminhamento aos pais ou responsável;
II – orientação , apoio e acompanhamento temporários;
III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em*

⁷²A definição sobre a forma de escolha dos conselheiros e a composição do Conselho Tutelar é de âmbito municipal. Em Belo Horizonte e Betim, por exemplo, os candidatos, após se submeterem a uma prova escrita, são escolhidos pelo voto direto da comunidade à qual o Conselho estará adstrito.

⁷³ ESTATUTO... art. 98.

*regime hospitalar ou ambulatorial; (grifo nosso) VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII – abrigo em entidade; VII – colocação em família substituta”.*⁷⁴

É interessante observar que o recurso ao tratamento psicológico e psiquiátrico da criança ou adolescente aparece pela primeira vez de forma direta na legislação brasileira. Quando o direito da criança ou do adolescente estiver ameaçado, seja por seu próprio comportamento ou pelo de seus pais ou responsáveis, o tratamento “psi”, aparece como medida de proteção que figura no mesmo item de outras medidas que têm caráter de sanção e punição. Se for considerado que da 1^a à 8^a medida há uma graduação crescente no “peso” da sanção, a 5^a posição ocupada pelo tratamento psicológico ou psiquiátrico o coloca numa situação bastante delicada pois cria uma associação entre tratamento e castigo.

Outra atribuição dos Conselhos Tutelares que também se refere à prática do “atendimento” é atender e aconselhar os pais ou responsáveis que não cumpriram suas funções básicas e que, portanto, estão passíveis de sofrer as seguintes medidas:

“I – encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família; II – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; IV – encaminhamento a cursos ou programas de orientação;

⁷⁴ ESTATUTO ...art. 101.

V – obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua freqüência e aproveitamento escolar; VI – obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado; (grifos nossos) VII – advertência; VIII – perda da guarda; IX – destituição da tutela; X – suspensão ou destituição do pátrio poder.⁷⁵

Assim como as crianças e adolescentes podem ser “protegidos” pela medida, tratamento psicológico e psiquiátrico, seus pais ou responsáveis também podem ter seu comportamento “irregular” interpretado como de ordem psicopatológica.

Ao Conselho Tutelar, portanto, é outorgada a representação da sociedade para se fazer cumprir os direitos estabelecidos no Estatuto. Partindo de um espectro muito amplo de direitos e responsabilidades, aos Conselhos se dirigem toda sorte de queixas e demandas que visam encontrar ali um lugar de resposta efetiva para o que se apresenta como problema, como elemento “fora de ordem” na família e na sociedade. Estes constituem-se em verdadeiros “comitês de ética”,⁷⁶ funcionando como fóruns jurídicos-comunitários com a incumbência de intervir no acontecimento que aponta para uma falta de consistência dos elementos morais à disposição das partes envolvidas em uma situação de conflito.

⁷⁵ ESTATUTO... art. 129

⁷⁶ Encontramos essa formulação dos “comitês éticos” em VIGANÓ onde o autor discute o problema da avaliação de serviços de saúde mental. VIGANÓ, Carlo. *Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise*. Belo Horizonte: Publicação do Instituto de Saúde Mental/Escola de Saúde de Minas Gerais, Associação Mineira de Psiquiatria: 1997, p. 33

Parte-se portanto do pressuposto de que todas as medidas previstas pelo Estatuto, com o seu qualificativo de proteção, visariam o mesmo objetivo: recuperar um sujeito desviado do bom caminho, seja pelas sua própria estrutura psicológica ou por um ambiente que promova “más influências”. As medidas, a partir da palavra “proteção”, açambarcam uma série de intervenções que conferem ao Conselho Tutelar, mesmo sem caráter jurisdicional, um poder de decisão sobre os rumos de uma vida que pode nem sempre visar, numa primeira instância, a proteção da criança ou do adolescente mas a proteção da sociedade.

3.2 O PERCURSO DO PSICOLÓGICO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A primeira lei dirigida exclusivamente à criança e ao adolescente no Brasil foi produto de longo debate jurídico e legislativo e que culminou no chamado “Código de Menores” promulgado em 1927, e que vigorou até 1979. O termo menor e suas várias classificações (abandonado, delinqüente, desvalido, vicioso, etc.) se popularizou a partir desse Código e foi naturalmente incorporado à linguagem, para além do círculo jurídico na designação genérica da criança e do adolescente pobres e ou marginalizados.⁷⁷

Antes disso, em 1830, surge a primeira lei penal do Império onde já figurava o dispositivo da inimputabilidade para os menores de 14 anos e a indicação de que aqueles que “*obraram com discernimento deveriam ser recolhidos às Casas de*

⁷⁷ Todos os dados históricos da legislação brasileira para a criança e o adolescente mencionados neste capítulo foram retirados de RIZZINI, Irene. “Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever” in PILOTTI & Rizzini. *op. cit.*, p. 98-168.

Correção pelo tempo que ao Juiz parecer, com tanto que o recolhimento não exceda á idade de dezassete annos.”⁷⁸ Seriam as primeiras indicações de que para as crianças deveriam ser criados ambientes diferenciados dos adultos e empregadas técnicas educativas e corretivas na sutileza de encobrir a punição.

A consideração da criança e do adolescente como juridicamente incapazes é o que faz incluir na legislação a dimensão do tratamento, já que a não responsabilidade pelo ato “ilícito” exclui o castigo carcerário e impõe o tratamento e a reeducação como medidas judiciais.

O Código de 1927 instaura a discussão psicopatológica infanto-juvenil na legislação, ao determinar a penalização daqueles que apresentam algum tipo de distúrbio:

*“se o menor fôr abandonado, pervertido, ou em perigo de o ser, a autoridade competente promoverá a sua collocação em asylo, casa de educação, escola de preservação, ou o confiará a pessoa idonea, por todo o tempo necessário à sua educação, comtanto que não ultrapasse a idade de 21 annos.”*⁷⁹

Essa definição abre a perspectiva de inclusão de praticamente qualquer um nas medidas previstas, já que, o “em perigo de ser” coloca desde então, uma linha “diagnóstica” que inclui a todos que caem nas malhas da justiça.

Esse é um ponto fundamental para a compreensão dos motivos que fazem os Conselhos Tutelares operarem o envio de crianças e adolescentes para tratamento

⁷⁸ Lei de 16 de dezembro de 1830, p. 144, citada por Rizzini, *op. cit*, p. 104

⁷⁹ Código de menores de 1927, citado por Rizzini, *op. cit*, p. 131

especializado, funcionando como um balcão de reclamações, com queixas que vão desde a tristeza em função da separação dos pais até histórias de furtos e violências. Qualquer um que chegue ao Conselho Tutelar pode ser incluído na categoria “em perigo de ser” marginal, repetente, pervertido, drogado, abandonado e etc.

Paralelamente à implementação do Código de Menores vai ganhando espaço, na década de 30, o discurso populista que imprime sua marca com a concepção de que são as condições sócio-econômicas que determinam o problema da infância. O desenvolvimento do sentimento de Pátria coloca o cuidado da criança como o cuidado com o futuro. Com o meticuloso Código de 1927 em vigor, tendo portanto o campo jurídico cumprido sua função, concluiu-se pela necessidade de criação de dispositivos de assistência social que possibilitassem o cumprimento das penas previstas pelo Código.

Serão criados diversos órgãos nacionais com representações estaduais e municipais: em 1940, o Departamento Nacional da Criança, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde; em 1941, o Serviço de Assistência ao Menor (SAM- posteriormente substituído pela Funabem e Febems), vinculado ao Ministério da Justiça e, em 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) criada pela Primeira Dama, Darcy Vargas, e, posteriormente, sempre coordenada pelas esposas dos Presidentes da República subsequentes.

O foco será portanto o fortalecimento da assistência social para os segmentos que apresentavam “um desajustamento social” por meio de novas técnicas fornecidas pelo Serviço Social, viabilizando os espaços de penalização e exclusão dos “menores”.

Esse tripé representado pelos três Ministérios da época, na verdade com quatro setores envolvidos, a saber, educação, saúde, assistência social e justiça, será desde então a base de sustentação na atenção à infância e adolescência no Brasil.

Esse contexto já configurado como assistencial-jurídico vai propiciar a entrada de novos profissionais da área das ciências humanas em cena e, a partir, disso ganha força a noção de que algo ao redor do psíquico também deva ser, senão abordado, pelo menos indicado como ponto de determinação dos problemas e “irregularidades” da infância.

Em 1957, é realizada uma revisão do Código de Menores de 1927, em que a terminologia própria ao campo psicológico começa a surgir. Um de seus artigos vai estabelecer que um dos seus objetivos seria garantir à criança e ao adolescente os “*direitos indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade*”.⁸⁰ (grifo nosso)

Essa demarcação do psíquico como determinante do desenvolvimento humano é também assinalado mundialmente. Em 1959, a Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, determina que toda criança teria direito “*à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social...*”⁸¹ (grifo nosso)

Um novo Código surge em 1979 e o seu artigo 2º, na alínea V, define que uma das situações de irregularidade do menor é aquele “*com desvio de conduta, em*

⁸⁰ Código de Menores, citado por Rizzini, *op. cit.*, p. 147

⁸¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos da criança 1959

*virtude de grave estado de inadaptação familiar ou comunitária.”*⁸² (grifo nosso)
E, finalmente, o Estatuto de 1990 vai destacar, no seu artigo 3º, que a lei visa a garantia de “*todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar (à criança e ao adolescente) o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade*”.⁸³ (grifo nosso)

A trajetória aqui apresentada explicita o processo de abertura das portas da legislação, no tocante ao problema da transgressão na infância e na adolescência, à consideração do mental, na sua indefinição conceitual, como um dos elementos prioritários na produção da desordem do desenvolvimento.

Nos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares para tratamento ou avaliação em saúde mental pode-se observar que esse tipo de leitura psicológica do fenômeno que se apresenta ocorre de forma direta.

Nos primeiros exemplos, a menção de termos psicológicos confirma essa associação:

No encaminhamento 2, a adolescente é designada como: não tendo “nenhuma noção espacial. Não conhece datas; não se lembra de momentos como: quando começou a estudar; que idade tinha; que série está cursando, etc. Precisa de acompanhamento psicológico por ter sua mente bastante confusa”. **No encaminhamento 20**, o Conselho afirma que “... constatamos que o mesmo se encontra com baixa-estima, e conflito interno, onde o mesmo diz não saber os problemas que está acontecendo, mas sabe que seu comportamento está errado.” Há

⁸² Código de 1979, citado por Rizzini, *op. cit.*, p.158

⁸³ Estatuto... art.3

ainda como exemplos a referência à “depressão” **nos encaminhamentos 3 e 10** e, ao “nervoso”, **no 7 e no 26**.

Nessas descrições não fica claro porque o Conselho Tutelar foi a instituição procurada para abordar problemas como mente confusa, baixa-estima ou conflito interno. Parece que o recurso aos termos psicológicos vem no sentido de demonstrar que há problemas no “desenvolvimento da personalidade” ou o “desenvolvimento mental” sofreu algum abalo no seu curso natural configurando, portanto, uma infração aos direitos garantidos em lei.

Fica evidenciado que a associação entre a transgressão e o distúrbio mental se encontra presente nesta instituição e mesmo naqueles que lhe demandam alguma intervenção. O encaminhamento 20 ilustra de forma clara essa associação pois coloca a dimensão do “erro” no adolescente que apresenta baixa-estima e conflito interno.⁸⁴

Além dessas referências diretas ao “estado mental” e ao “desenvolvimento da personalidade”, aparece também o chamado “desvio de conduta”, nomeado a partir do problema da agressividade ou do comportamento sexual. Trata-se de um tema que aparece em 17 dos 34 encaminhamentos analisados. Geralmente as palavras agressivo e agressividade são usadas nas descrições, mas também o “indisciplinado”, “trabalhoso”, “rebelde” e “muito difícil” são adjetivos utilizados nesse mesmo sentido. Dos 17 encaminhamentos citados, em 13, o tema da agressividade figura em

⁸⁴ Retornaremos a essa questão da associação entre o distúrbio psicopatológico e a moral no próximo capítulo.

primeiro lugar como o motivo do envio da criança ou do adolescente para o serviço de saúde mental :

“A adolescente tem apresentado comportamento agressivo em sua casa”
(**enc. 3**).

“A adolescente acima referida tem causado constantes transtornos, e tem efetuado quebradeira em sua residência, Tem constantes crises de agressividade.” (**enc. 5**)

“...segundo relatos da diretora da escola, é um menino muito rebelde, agride outros meninos e já agrediu a professora”. (**enc. 6**)

“Encaminhamos o adolescente acima citado, pois o mesmo está muito agressivo.” (**enc. 7**)

“...tem apresentado um comportamento agressivo e rebelde...” (**enc. 8**)

“Joana se tornou repentinamente, agressiva e ameaçou tirar a própria vida”.
(**enc. 10**)

“A adolescente acima citada vem apresentando desvio de conduta...é uma adolescente muito difícil não respeita os pais, faz o que quer, responde a todos.” (**enc. 13**)

“É um menino bastante “trabalhoso” para seus responsáveis.” (**enc. 21**)

“... é muito autoritária, faz o que quer, briga com todo mundo, enfim é muito revoltada”. (**enc. 24**)

“Segundo os relatos da mãe, o filho é muito rebelde, nervoso e agressivo.”
(**enc. 26**)

“Arnaldo é muito agressivo, não respeita ninguém, agridi sua mãe com palavrões, apresentando uma grande dificuldade de se relacionar.”
(**enc. 27**)⁸⁵

Fica patente que a irrupção da agressividade, principalmente na adolescência, é tomada como distúrbio psicopatológico da criança ou do adolescente, já que estes é que são os objetos do encaminhamento. Nem mesmo a conhecida “crise da adolescência parece intermediar o trânsito em questão.

O ato do Conselho Tutelar sugere a intenção de ocupar um lugar de autoridade que viesse a ordenar a cena em jogo, propiciada pela ausência ou ainda pela fragilidade da autoridade no âmbito do par parental.

O Código de 1927 falava do “menor pervertido” como estando sujeito às penas da autoridade competente. O Estatuto prevê a aplicação das medidas de proteção quando os direitos da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, dos pais ou responsáveis, ou ainda por sua própria conduta. Se for utilizada a noção de que, ao nível do senso comum, o comportamento pervertido implica quase que necessariamente uma sexualidade desregulada, tomada como ato deliberado, teremos aqui mais um motivo sobre o qual o Conselho Tutelar orienta seu olhar para identificar os que serão encaminhados para a Saúde Mental.

No **encaminhamento 32**, há o relato de que “...já tentou estuprar a própria irmã e mantém relações sexuais com animais, porca , galinha.” E ainda, no

⁸⁵ Não foram citados todos os encaminhamentos que contêm o tema da agressividade em função da repetição, sem variações na descrição do comportamento agressivo

encaminhamento, 34 “...segundo alegações de familiares Marcelo tentou manter relações sexuais com seu primo de 5 anos”.

O histórico sobre a entrada da categoria do “mental” na legislação sobre a criança e o adolescente parece caracterizar o Conselho Tutelar como lugar ao qual esse tipo de demanda pode se dirigir. Não se trata de problemas estranhos ao seu arcabouço discursivo disponível, e a 5ª medida estará sempre lá para ser aplicada.

3.3 A FAMÍLIA DESESTRUTURADA

No final do século passado, na passagem do Império para a República, os juristas da época, com a mudança de regime político, a força do movimento internacional de reforma do sistema penal e com a promulgação de um novo código penal em 1890, começavam a se movimentar no sentido da criação de uma legislação especial para os menores de idade. A proposta de se dar um tratamento jurídico diferenciado a crianças e jovens foi, aos poucos, incorporada à legislação e, com o atraso de algumas décadas, uma legislação específica só viria a surgir em 1927: o já citado Código de Menores.

Essa preocupação estava sustentada por uma importante transformação jurídico-social que começava a se delinear nesse final de século. O país vivia mudanças estruturais na sua organização social, com o início do processo de industrialização, cuja conjuntura era caracterizada pelo processo de transformação das cidades, em que já surgia o temor pelas conseqüências do crescimento e da concentração das populações urbanas. Essas mudanças que foram se acumulando ao longo da segunda metade do século XIX, de um Brasil que caminhava na direção da

urbanização, mas cuja mentalidade era essencialmente rural-agrária, demandavam do Estado brasileiro uma nova organização das forças políticas em ação.⁸⁶

Um dos setores que mais ganhou força nessa época, e, pode-se dizer, “assessorou”, o Estado, foi o saber médico sobre a higiene pública e pessoal. Autorizado pela legitimidade científica, capaz de impor uma ordem ao perigo que se aproximava, este saber tomou a dianteira no delineamento das políticas sanitárias.

Essa medicina elegeu a família como alvo privilegiado de uma nova ordem higiênica a ser implantada. Era preciso atingir a família para se atingir a sociedade como um todo e a criança era a via direta de acesso à família. Essa nova configuração política, a passagem do Império para a República exigia, portanto, do ponto de vista dos valores sociais, uma nova ordem familiar que transmitisse a nova identidade nacional.

Trata-se de um processo na própria história da família não circunscrito somente à realidade brasileira. Segundo Ariès um certo “sentimento de família” que a caracterizou como lugar privado, fechada na sua intimidade, organizada em torno da figura da criança é fruto da modernidade.⁸⁷

Para Jacques Donzelot a família mantém com o social uma relação de interdeterminação. A família seria ao mesmo tempo, rainha e prisioneira de um processo em que suas “crises” são originadas pelo movimento da sociedade, que constrói, a partir dessas crises, as condições de possibilidade para a instauração de novas ordens sociais. Para o autor, apesar de ser considerada a esfera íntima da

⁸⁶ RIZZINI *op. cit.*, p.108.

⁸⁷ ARIÈS *op. cit.*, p. 273-274

sociedade, a família tornou-se alvo da atenção do poder público que a encarregou da formação de indivíduos saudáveis e cidadãos “normais”.⁸⁸

Na “História da Sexualidade I”, Foucault irá apontar o papel exercido pela família na regulação da sexualidade, encerrando-a e confiscando-a para o espaço interno da casa e delimitando seu exercício à esfera íntima e proibida do quarto dos pais. Na esteira dessa análise o autor colocará a família com a função de mediar e transmitir a ideologia e as relações de dominação da burguesia.⁸⁹

O Movimento Higienista brasileiro, tributário dessa função apontada por Foucault, em meados dos anos 1800, buscando as causas das altas taxas de mortalidade infantil da época, em torno de 51,9% da mortalidade total, conclui que seus principais determinantes estariam na forma e nos valores da educação das crianças desenvolvida pelas famílias da época.⁹⁰

A prática de entregar crianças para amas escravas amamentarem, a impropriedade na alimentação e no vestuário, a raridade das visitas ao médico, a ilegitimidade dos nascimentos e a falta de educação física, moral e intelectual das mães foram, dentre outros, alguns fatores descritos pelos higienistas na caracterização da família como causa. Portanto, esse “diagnóstico” autorizou aos higienistas uma série de medidas que iam desde o estabelecimento de regras básicas de alimentação e higiene até a definição da função e do lugar do pai e da mãe.

⁸⁸DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986 p. 13

⁸⁹FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I*, op. cit. p.9-11

⁹⁰COSTA. *Ordem médica e norma familiar*, op. cit., p. 162

Estava aberta a via que reduziu a família a um fator patógeno e a submeteu a uma ordenação médica que, ao mesmo tempo que revelava os segredos da vida e da saúde infantis, prescrevia a boa norma do comportamento familiar dos adultos.

Da ordem médica para a jurídica, observa-se nessa época uma associação entre os dois campos, que se debruçaram sobre a criança, criando novos saberes que indicavam a importância da infância para o ideal de nação civilizada pretendido pelos grupos dirigentes da época. Não se observaram grandes ressonâncias das concepções higienistas diretamente na formulação das leis sobre a infância, no entanto, elas viriam a contribuir de forma decisiva no sentido de abrir caminho para que o movimento jurídico assumisse papel central junto à família e à criança.⁹¹

Com a configuração ideal do que deveria ser uma família e como deveriam se comportar as crianças, fornecida pela medicina, os juristas puderam então se ocupar do embate político para a constituição da nova legislação.

Portanto, é nesse lugar jurídico, sustentado pela ordem médica, que os conselhos tutelares chamam a atuação da saúde mental para que, através da criança ou do adolescente “fora de ordem”, seja realizada uma intervenção numa família desestruturada.

Na análise dos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares observa-se que grande ênfase é dada ao aspecto da situação familiar. Dos 34 encaminhamentos analisados, a metade traz informações sobre a família, numa perspectiva, não explicitada, de que a estrutura familiar conturbada ou não ideal seria a hipótese de causa do distúrbio relatado.

⁹¹ RIZZINI, *op. cit.*, p. 109

A riqueza de detalhes na descrição da situação familiar dos encaminhados tornou possível sua divisão em quatro blocos a partir do tipo de problemática apresentada. O primeiro se refere ao problema do encaminhado como decorrência da separação dos pais; o segundo bloco agrupa situações problemáticas a partir da ausência ou inadequação do pai; o terceiro se refere a situações de conflito familiar que vão desde a simples desobediência aos pais, passam por contendas judiciais de guarda da criança e vão até a descrição de cenas de violência; o quarto bloco traz uma hipótese implícita de que a adoção de crianças poderia ser o fator desencadeante de um comportamento “irregular”.

No primeiro bloco, temos a dissolução da família nuclear antes constituída pela presença do pai, mãe e filhos, como a principal causa do distúrbio apresentado pelo encaminhado

No encaminhamento 6,⁹² a exposição dos motivos começa com a notícia de que “...a criança acima referida é filho de pais separados, atualmente morando com o pai, lavador de veículos.”⁹³ Na seqüência da descrição de motivos, há a indicação de uma relação causal entre a separação dos pais e a rebeldia do filho.

⁹² Novamente, na citação dos encaminhamentos, foi mantida a grafia original sem qualquer correção ortográfica. Somente mudou-se os nomes quando sua colocação se tornava essencial para a compreensão do texto.

⁹³ Abrimos um pequeno parênteses em relação à ocupação do pai da criança. Se fosse comum a citação da ocupação dos pais ou responsáveis, não notaríamos nenhum significado especial no fato de o pai da criança ser lavador de carros. Mas nesse caso, a inédita citação nos faz pensar que, para o encaminhante, por se tratar de uma ocupação desqualificada socialmente, esta, parece configurar-se como um agravante para o caso.

O encaminhamento 9, depois de fornecer o nome do pai e caracterizar o comportamento da criança como rebelde e agressivo, apresenta a alegação, que parece ser da própria criança, de que este comportamento se deve ao fato de que “...não se relaciona bem com seu pai, e sua mãe se encontra separada do mesmo a 8 anos e reside no Rio de Janeiro.”

No encaminhamento 22, tem-se que “Pelos fatos da separação dos pais, a encaminhada está manifestando muita tristeza e chorando devido a ausência do pai.” Nada mais esperado que uma separação conjugal causar certo desequilíbrio emocional numa criança, o que nos chama atenção, porém, é o fato de o Conselho Tutelar se ocupar desse tipo de assunto. Além disso, apresenta-se com uma crença preventivista, já que sugere que o acompanhamento em saúde mental teria o poder de prevenir um possível “...bloqueamento nos estudos” em função da reação da criança à separação dos pais.

No encaminhamento 27, após a informação da filiação do adolescente, estabelece-se o nexo causal entre a dissolução do casamento e o comportamento da criança. “O casal está separado a um bom tempo, e Arnaldo permaneceu morando com a mãe. Arnaldo é muito agressivo, não respeita ninguém, agridiu sua mãe com palavrões, apresentando uma grande dificuldade de se relacionar. Pedimos a gentileza de atendê-lo e tomarem as providências cabíveis.” Essa última frase nos chama a atenção: quais outras providências seriam cabíveis além do atendimento do adolescente? Será que o convite é para que se exerça à vontade o papel disciplinador, conferido ao atendimento psicológico e psiquiátrico?

Pesquisa desenvolvida no município de Belo Horizonte constatou que a família nuclear patriarcal, definida como aquela em que o pai e a mãe estão presentes

e os filhos provêm desse mesmo par parental, representa 57% do total de tipos de organização familiar da cidade.⁹⁴ Essa realidade parece indicar um padrão dominante que imprime à situação de dissolução familiar um quadro de grande instabilidade. A referência à norma aparece nessa freqüência estatística. Como apontado anteriormente, Canguilhem assinala que “*um comportamento não seria normal por ser freqüente; mas seria freqüente por ser normal*”,⁹⁵ isto é, segue um código normativo anterior ao cálculo estatístico.

No segundo bloco, figuram os encaminhamentos que trazem indicativos de que o problema poderia se encontrar no âmbito da questão paterna.

No encaminhamento 15, “...o adolescente acima citado nascido em 1984, filho de Neuza e pai desconhecido, residiu em instituições de menores desde 1993.” **No encaminhamento 24**, “...a adolescente acima citada é filha de Alcione e pai desconhecido...quer ficar com a mãe mas não aceita o padrasto.” **No encaminhamento 30**, a adolescente que é adotiva afirma que “..a mãe mudou para com ela depois da morte do pai. Roberta é órfã de mãe e seu pai natural se encontra internado por problema de cirrose.” **No encaminhamento 33**, há a notícia de que o pai do adolescente é falecido e, **no 19**, a adolescente é encaminhada porque “... seu pai é alcoólatra e isso tem afetado muito a família.”

⁹⁴ BELO HORIZONTE. ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (AMAS). *Famílias de Crianças e Adolescentes: diversidade e movimento*. Pesquisa realizada no município de Belo Horizonte. Vários pesquisadores. Belo Horizonte: 1995, p. 28

⁹⁵ CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 126.

Este conjunto abre toda uma discussão sustentada pela psicanálise de orientação lacaniana, em relação ao declínio da imago paterna no mundo contemporâneo. Essa discussão remete à função paterna como instância capaz de ordenar a dimensão do gozo pulsional a partir da metaforização do falo que concerne ao desejo da mãe. Mesmo com um certo consenso teórico e clínico entre os psicanalistas, de que não é a presença física que garantiria o exercício da função paterna, há nesses relatos uma repetição que aponta que, para a instância social, aqui representada pelos Conselhos Tutelares, a ausência física, a fragilidade ou, até mesmo, a irresponsabilidade do pai, seriam fatores desencadeantes diretos na produção do distúrbio no filho.

No terceiro bloco, foram agrupados os encaminhamentos que relatam situações de conflito familiar, de diversas modalidades e que não configuram um aspecto específico, como determinantes do comportamento do encaminhado.

No encaminhamento 12, relata-se a situação dramática de uma criança de 5 anos onde só é citado o nome da mãe: “... eles moram com a família da mesma (da mãe), ...e a criança foi agredida pelo tio e isso se deu pela sexta vez este ano. Além disso a criança é rejeitada pela avó e pelos tios, todos ignoram a criança e maltratam ela, deixando totalmente nervosa e descontrolada. Pedimos vossa atenção.” Os textos aqui analisados geralmente não trazem informações sobre outras ações ou medidas aplicadas pelos Conselhos, o que não permite um desenho mais detalhado do quadro. De qualquer maneira, a gravidade da situação relatada nesse encaminhamento sugere que o atendimento da criança deveria vir acompanhado de outras medidas que visassem a cessação da violência. De forma isolada esse tipo de solicitação seria

inócua pois estaria responsabilizando a criança pela situação descrita, o que parece que a família já vem fazendo.

No encaminhamento 23, no início do texto, encontra-se o motivo do encaminhamento centrado numa problemática familiar: “...Devido ao péssimo relacionamento dos pais da criança encaminhada, incluindo ameaças de morte do pai para com a mãe do mesmo...” Neste caso, o Conselho Tutelar chamou para si a função de intervir, orientando os pais e obtendo “incrível” melhora do comportamento da criança, que antes se apresentava temeroso e apático segundo relatado no encaminhamento. No entanto, insistiu no pedido “de acompanhamento de um especialista” , dotado de um saber que poderia dar o aval sobre a reordenação dessa família. A associação entre uma ordem legitimada pelo saber científico do “especialista” e a aplicação da medida de proteção do campo jurídico é aqui evidente.

No encaminhamento 28, o adolescente é descrito como “muito rebelde” na escola e em casa e uma última frase, antes do pedido de atendimento, nos dá a dimensão da situação familiar: “...Não está obedecendo seus pais”. A explicitação da não obediência, além de informar que o adolescente tem pais que não concordam com o seu comportamento, cumpre a função de colocar a família como incapaz de lidar com o filho a partir de seus próprios referenciais.

No encaminhamento 34, um dramático relato da vida familiar da criança, com disputas de guarda entre a mãe e a avó, espancamentos e violências, introduzem a justificativa do encaminhamento. Quando o texto vai apresentar a descrição do comportamento da criança, a frase inicia-se com um “no entanto”, que dá um sentido de contradição entre a cena descrita e o comportamento apresentado. Parece que a

idéia transmitida é a de que o desejo da avó de obter a guarda da criança deveria dar-lhe tranqüilidade e segurança suficientes para que seja disciplinado e tenha comportamento sexual adequado. Há a idéia de que a retirada da criança de um ambiente desestruturado e sua colocação do lado de um parente “estável” seria medida suficiente para que tudo se resolvesse.

Os Conselhos Tutelares procuram ocupar, com os atos de encaminhamento, uma posição que visaria uma suplência em relação ao que consideram como da ordem da desestruturação familiar. A partir do que a lei autoriza, produz-se, na verdade, uma posição extremamente frágil, pois, além de não ter poder jurisdicional, a suposta ordenação imposta pela 5^a medida, encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico, não é capaz de, por si só, retificar aquele que comete o ato, além de não criar, de forma automática, uma demanda de tratamento.

Esses encaminhamentos retratam ainda a preponderância de um ideal social baseado numa estrutura familiar nuclear patriarcal e sugerem a dificuldade em se considerar as diferentes formas relativas aos modos de funcionamento das famílias, como diferenças. Os conflitos que apresentam têm como efeito a negação da diversidade e a afirmação de um modelo único como sendo o natural ou o ideal. Justificariam, portanto, o mecanismo disciplinador exercido sobre as famílias acusadas de “desestruturação” por se afastarem do modelo ideológico dominante.⁹⁶

Um quarto “bloco” se dirige à hipótese causal desencadeada pelo fato de a criança ter sido adotada. A frase “é adotivo” aparece várias vezes sem complemento,

⁹⁶ AMAS, *op. cit.*, p. 12.

funcionando como justificativa exclusiva para um comportamento “fora de ordem”.

Os exemplos falam por si.

Ao final do **encaminhamento 5**, depois de descrito o comportamento inadequado da adolescente, aparece a frase que coloca tal comportamento como uma decorrência natural do fato: “É filha adotiva”.

No **encaminhamento 14**, a cena enunciativa se repete. Inicia-se o texto com a frase que soa como um alerta: “...O adolescente acima citado é filho adotivo de Geraldo e Isabel.” E ainda no **encaminhamento 30**, também no início, “...Roberta é filha adotiva da Sra. Maria e ambas não têm um bom relacionamento.”

Aqui poderia estar presente uma hipótese genética pela qual o Conselho Tutelar acreditaria que a herança nefasta do filho adotado estaria presa a um pai e a uma mãe a priori desestruturados, já que recusaram o dever de criar um filho. Seria algo a ser esclarecido na história de cada um, mas que pode inspirar uma linha de investigação futura.

Além disso, para os casais que não puderam ter filhos, essa impossibilidade pode ser vivida como um fracasso no exercício da função de um dos pais, o que pode trazer conseqüências subjetivas devastadoras para o filho.

As situações de conflito, desestruturação ou instabilidade familiar, apontadas nos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares, constituem seu principal tema. Parece se tratar de um dado naturalizado; uma família com problemas vai gerar uma criança ou um adolescente com problemas. As próprias teorias psicológicas, que se disseminam na cultura e ganham estatuto de senso comum, muitas vezes, contribuem para esse quadro.

Exatamente por se tratarem de encaminhamentos que se dirigem ao universo das teorias “psi” aqui configurado como o campo da saúde mental é que esta análise ganha força. Trata-se da complexa fronteira entre a ordem pública, aqui no seu aspecto familiar, e um tipo de enquadramento disciplinador das terapêuticas “psi”.

3.4 A PATOLOGIA SOCIAL x A PATOLOGIA DO SUJEITO

A história da legislação que vem sendo apresentada procura evidenciar o tipo de lógica que orientou e orienta o campo jurídico e sua articulação com as políticas sociais. A relação entre o fato e o direito é uma via de mão dupla. Muitas vezes a implantação de políticas sociais são o resultado de processos de movimentação social que “forçam” a formulação de leis. Outras vezes é a lei que cria a necessidade da formulação de políticas sociais que propiciem sua aplicação.

No Brasil, embora o problema da assistência à infância estivesse colocado há mais de um século, como fato social que necessitava de ordenamento jurídico, é somente após a 2^a guerra que surgem políticas sociais oficiais que visam dar conta do problema na prática. Neste caso, portanto, e como é comum na tradição brasileira, a formulação de leis precedeu a instalação das políticas e equipamentos sociais que oferecessem condições para o seu cumprimento.

Na direção que parte do movimento social a legislação do final do século XIX, no Brasil, refletia a preocupação do país em torno de um reordenamento político e social. Começam a aparecer idéias de identidade nacional, que dominarão o país a partir da passagem para o século XX e que darão a esse período uma marca de ruptura e mudança.

A proposta maior que agitava o meio jurídico era a mudança na própria conceituação de justiça, visando sua humanização e também a do sistema penitenciário. Como efeito desse movimento é que a questão da criança foi considerada com um novo sentido. Era preciso entender as causas da criminalidade infantil, afastar as crianças do sistema penal e levá-las para o âmbito de um espírito tutelar, de proteção, reforma e recuperação.

Influenciados pelos exemplos do “mundo civilizado” os juristas citavam os ousados Conselhos de Proteção à Criança nos países nórdicos, dos quais participavam pessoas comuns da comunidade, já no ano de 1896. Seriam exemplos a serem seguidos e uma espécie de protótipo dos Conselhos Tutelares criados no Brasil, em 1990.

A argumentação dos juristas se baseava em interpretações da realidade social e tinham um caráter de denúncia. Citado por Rizzini, Evaristo de Moraes, jurista que se destacava na época por denunciar as terríveis condições em que viviam as crianças recolhidas à Casa de Detenção do Rio de Janeiro, em 1900, analisava:

“Entre os phenomenos mais apavorantes dos tempos d’agora, derivando por uma parte da dissolução familiar vigente e por outro lado oriundo da crise econômica que assignala a transformação do regimen capitalístico – o abandono da infancia aparece a moralistas, a sociologos e a criminologos como digno de

*toda atenção, pelas relações directas que tem com a criminalidade urbana.”*⁹⁷

A afirmação revela que Moraes tinha uma leitura política que produzia a associação entre o reconhecido “problema da infância” e o contexto capitalista urbano. O jurista revela também a preocupação dividida por muitos com as mudanças de valores morais e seus efeitos sobre a vida familiar e, conseqüentemente, sobre a criança

A tônica desse discurso é, à primeira vista, de defesa da criança, mas uma leitura mais atenta revela uma oscilação entre a defesa da criança e a defesa da sociedade contra essa criança que se torna uma ameaça à “ordem pública”, ou, então, como elementos que, entre outros desclassificados da sociedade, “*perturbam a ordem, a tranqüilidade e a segurança pública.*”⁹⁸

Em 1910, o Desembargador Ataulpho de Paiva discorria sobre as causas da delinqüência juvenil, ressaltando “*a acção nefasta do mau meio social, com suas perniciosas suggestões e a respectiva ausencia de educação*”⁹⁹ Em 1913, o mesmo jurista apelava para a consciência nacional e até mesmo para o pânico: “*... pode mesmo dizer-se, sem exaggero, que nunca a sociedade teve deante de si questão mais seria e mais grave para sua segurança e tranquilidade*”¹⁰⁰

⁹⁷ MORAES, Evaristo. *Crianças abandonadas e crianças criminosas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Guimarães, 1900 p. 7 citado por RIZZINI, *op. cit.*, p. 111.

⁹⁸Decreto N. 847, de 11 de outubro de 1890 citado por RIZZINI. *Op. cit.*, p. 111.

⁹⁹ PAIVA, Ataulpho. “A nova Justiça” Artigo publicado no Jornal do Commercio em 1911 citado por RIZZINI *op. cit.*, p.112

¹⁰⁰ Idem, Conferência proferida na Biblioteca Nacional, citado por RIZZINI, *op. cit.*, p.114

Tem-se, portanto, duas posições que engendram a sutileza dessa relação. Por um lado, a criança e o adolescente são vítimas de um meio social injusto e desestruturado e, por outro, a sociedade aparece como vítima de elementos desajustados.

Para o antropólogo Gilberto Velho evidencia-se na primeira posição, a noção de patologia social que “*ênfatiza a especificidade do social, demonstrando a importância da estrutura social e cultural para o desenvolvimento de um comportamento socialmente desviado*”.¹⁰¹ O autor identifica essa concepção a partir do conceito de *anomie* em Merton, onde a instabilidade, a “doença” e a má-integração estariam do lado da sociedade que vai gerar o comportamento individual desviante.¹⁰²

A lógica jurídica, portanto, trabalha exatamente nessa ambigüidade de determinações. Considera a existência de uma relação de causa entre o contexto social e o problema da infância e da juventude desviantes e tenta formular os aspectos legais que possam regular e regulamentar os excessos e desvios dos dois lados. Os discursos dos juristas citados, como visto, tinham esse duplo sentido de, ao mesmo tempo em que denunciavam uma situação desfavorável para os “menores” da época, exigindo uma legislação mais justa, apontavam para a necessidade de proteger a sociedade desse mal social.

¹⁰¹ VELHO, Gilberto. O Estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social, in, VELHO, Gilberto (org.). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p 14

¹⁰² Ibidem, p 13-15

É, portanto, nessa fronteira, com característica de contradição, que está o cerne da análise a ser empreendida. A crítica sobre os elos da Saúde Mental com a ordem pública encontra nos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares um foco privilegiado.

Embora o Estatuto coloque do lado da sociedade o dever de garantir à criança e ao Adolescente um desenvolvimento pleno, os Conselhos Tutelares enunciam um discurso que coloca o problema do lado deles. Ao comportamento desviante que chega ao Conselho Tutelar é aplicada a “medida de correção” de envio ao serviço de saúde mental. São vários os encaminhamentos que apontam esse tipo de comportamento e permitem traçar o perfil daquele que se opõe ao ideal de cidadão útil e produtivo e que ameaça o equilíbrio e a harmonia sociais.

O “menor” que necessita ser corrigido é aquele que “...esteve envolvido com furtos juntamente com alguns colegas de escola, já repetiu a 5^a série duas vezes e é bem provável que será reprovado também este ano”. (**enc. 4**) É aquele que “...é muito rebelde, agride outros meninos e já agrediu uma professora. Não consegue prestar atenção nas aulas e constantemente pula o muro e vai embora.” (**enc. 6**) Além disso, “...o menor fuma demasiadamente e bebe cervejas no fim de semana. Participou de um assalto, numa residência, furtando um vídeo-cassete e já roubou um botijão de gás na casa onde morava”. (**enc. 11**) Ainda pode ser caracterizado como aquele ou aquela que “... é muito difícil não respeita os pais, faz o que quer, responde a todos. E como se não bastasse noites atrás, chegou bebida em casa.” (**enc. 13**) Também pode, fazer “... surf de trem e pegar trazeiras em ônibus indo para outras cidades”. (**enc. 29**) Tem dificuldades em relação à sua casa pois, “... vive fugindo de casa e indo para outros estados,” (**enc. 21**) e “...fica até uma semana na rua, depois

retorna como se nada tivesse acontecido”. (**enc. 14**) E é claro, há suspeitas ou evidências de que faz uso de drogas, como apontado nos encaminhamentos **16, 18 e 32**.

A hipótese de que a patologia da sociedade é que estaria gerando os comportamentos que suscitaram os encaminhamentos não se apresenta nos textos analisados dos Conselhos Tutelares. Ao contrário, colocam sempre, a hipótese de causa como estando do lado da família ou do lado do indivíduo em questão.

3.5 A ORDEM PÚBLICA

Quando o Estatuto propõe o desenvolvimento de dispositivos que garantam às crianças e adolescentes todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, quando o Código de 1957, vai propor um artigo que garanta à criança e ao adolescente os “direitos indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade, quando, em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança determina que toda criança teria direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social, produz-se, nesse percurso, uma equação impossível de realizar-se.

O impasse se revela na articulação entre uma liberdade e dignidade individuais com um tipo de ordenação que é social / coletiva que também se pretende livre e digna e tem prioridade sobre a instância individual.

O termo “ordem pública”, segundo o Dicionário de Ciências Sociais, permite duas acepções quase antagônicas. Tradicionalmente, o conceito tende a identificar-se

com uma acepção negativa que aponta para uma série de normas que têm como característica geral a proibição. Essa doutrina assimilava a ordem pública ao interesse público e social e estabelecia uma dualidade de interesses entre a coletividade e a individualidade. A ordem pública seria entendida como limite da autonomia da vontade do indivíduo, cabendo a ela evitar o dano que os interesses individuais pudessem causar ao interesse público.¹⁰³

Numa outra acepção não haveria antagonismo entre os interesses do indivíduo e os da coletividade, sendo a ordem pública uma referência ao bem comum na proteção dos interesses individuais. Essa segunda definição recobriria o *“conjunto de princípios considerados essenciais ao bem comum, integrantes de toda sociedade ou de um grupo social; em suma, os princípios fundamentais à vida social em seu conjunto.”*¹⁰⁴

Numa posição rigorosa em relação à problemática trabalhada, encontra-se, nas duas acepções de ordem pública apresentadas pelo Dicionário, uma negatividade em relação ao aspecto de singularidade que um comportamento desordenado apresenta. Pode-se observar que o que o Conselho Tutelar considera como da ordem do “bem comum” inclui um espectro bastante amplo de fenômenos que pode ir desde um possível “bloqueamento nos estudos”, em função da separação dos pais até o roubo e a violência.

Sob a égide da preservação da ordem pública e encarregados pela sociedade de representá-la na defesa dos direitos da criança e do adolescente, os Conselhos

¹⁰³ SILVA, Benedicto. (Coord.) Ordem Pública. *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 839.

¹⁰⁴ *Ibidem* p. 839

tutelares, em nome do bem comum, podem designar qualquer comportamento que se afaste do ideal normativo, como distúrbio passível de ser submetido a um tratamento especializado.

Não se pode, porém, dizer, atualmente, com tranquilidade o que representaria, de forma consensual, esse ideal normativo. O mundo contemporâneo vem estruturando suas referências de valor moral quase que exclusivamente em critérios de eficácia gerencial e de execução na produção de bens econômicos. O bem-comum dessa ordem capitalista vem forjando um ideal que se restringiria à otimização (para usar um termo dos programas de qualidade total) da capacidade de dirigir e ser dirigido numa situação de amortecimento máximo de conflitos. Fora desse quadro pouca coisa restaria.

Abre-se, portanto uma questão sobre, afinal, quais seriam as referências de ideal que os Conselhos Tutelares utilizam na sustentação do seu ato.

Nesse panorama de inexistência de um parâmetro, que não aquele determinado pela lógica de mercado, parece que a demanda da criança e do adolescente vem sendo determinada por um processo de acirramento dessa ausência.

A família, que aparece nos encaminhamentos citados como elemento de causa, parece não conseguir cumprir a função de propiciar uma organização subjetiva mínima aos seus membros em situação de dependência afetiva e vem sendo substituída por uma instância jurídico-comunitária. Há uma passagem dos laços afetivos e sangüíneos para o estabelecimento dessas instâncias, das quais o Conselho Tutelar é um dos representantes, que teriam a função de mediar uma articulação entre o individual e o coletivo, ou dito de outro modo, entre o desejo e a lei.

Os conselhos tutelares podem então ser entendidos como um efeito dessa crise contemporânea, como uma decorrência do agravamento do mal-estar. São efeitos da ausência de referências propiciada pela hegemonia contemporânea dessa lógica radical da mercadoria.

O impasse da sua prática se dá em função de que os pressupostos que promoveram e mantêm a crise atual, gerando as conseqüências que buscam nos Conselhos alguma referência, são os mesmos que embasam sua atuação. Ou seja, a apresentação da trajetória histórica da legislação da criança e do adolescente demonstrou que o discurso da ciência, representado pela medicina higienista e pela psicologia, forneceu as bases sobre as quais se instala a lógica interpretativa dos Conselhos Tutelares.

O sujeito destituído da sua função principal de se constituir como singularidade, como aquilo que faz diferença e portanto permite reconhecimento, faz do ato a denúncia desse processo mas é reenviado, pelo próprio Conselho Tutelar, que o reconhece, à dimensão do seu apagamento através das medidas de proteção que visam o restabelecimento da ordem pública. O geral, o coletivo e o universal são os registros que enfim têm preponderância sobre essa “negatividade” do singular.

CAPÍTULO 4

O OLHAR DA ESCOLA: A SEGREGAÇÃO PELA VIA DA ORDEM MORAL

Já estão cantadas em verso, prosa, teses e livros as complexas relações que a escola, essa milenar instituição, mantém com o tecido social. Denunciada como aparelho ideológico do Estado, encarregada de transmitir a lógica da dominação da sociedade de classes ou acusada de produção em série de indivíduos massificados, homogêneos e alienados, a escola continua, apesar de tudo, a representar o espaço social onde as crianças *devem* estar.

Extensos programas educacionais e sociais, nas várias instâncias governamentais, vêm sendo desenvolvidos com a meta de que nenhuma criança fique fora da escola. Intenso debate tem-se produzido sempre com a referência de que “a saída” estaria na educação. Estabeleceu-se, como consenso, que uma das principais fontes do sub-desenvolvimento brasileiro seria o baixo nível de cobertura e a deficiência na qualidade da instrução escolar da população. Problemas que angariam principalmente propostas de aumento quantitativo de escolas e salas de aula e de qualificação do corpo docente. O tema “criança na escola” está portanto, na ordem do dia.

Dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC) apontam que, em 1996, se atingiu o percentual de 90,8% das crianças de 7 a 14 anos do país freqüentando a escola. Os dados indicam ainda que de cada 1000 crianças que ingressam no ensino fundamental (1ª série do 1º grau) apenas 45 concluem as oito séries no período

normal, e 400 são reprovadas na 1ª série. O desafio que o MEC se coloca, então, é o de manter as crianças na escola apesar do contexto desfavorável.¹⁰⁵

O presente trabalho, no entanto, não objetiva problematizar a realidade educacional atual e suas possíveis saídas, mas pode extrair desse impressionante dado estatístico o elemento principal sobre o qual convergirá a reflexão. Dessa imensa massa de crianças e adolescentes que a cada ano “sobram” da estrutura escolar, um “resto” considerável irá bater às portas das instituições e de profissionais de saúde mental, caracterizado com toda sorte de definições que apontam para a marca do fracasso escolar.

O interesse, portanto, será trabalhar sobre os referenciais que orientam o olhar principalmente do educador, na identificação de um acontecimento ou alteração no comportamento da criança ou adolescente no universo da instituição escolar, e sua nomeação como problema que demanda intervenção especializada no âmbito da sua saúde mental. Se o alto índice de evasão e o baixo aproveitamento escolares sofrem a ressonância desse olhar selecionador é fato que permanecerá apenas como uma hipótese.

Vários estudos sobre a incidência de encaminhamentos escolares para instituições de saúde mental infanto-juvenil, geralmente, concluem que estes representam a maior parte da clientela recebida. Arroyo¹⁰⁶ fala em 50%, Collares &

¹⁰⁵ BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. A educação no Brasil, em uma perspectiva de formação, 1997.

¹⁰⁶ ARROYO, Miguel. Fracasso- sucesso: o peso da cultura escolar e do ordenamento da educação básica, in: ARAMOWICS, Anete e MOLL, Jacqueline (orgs.) *Para além do fracasso escolar*. São Paulo: Papirus, 1997, p. 14

Moisés em 60%.¹⁰⁷ No presente estudo, os encaminhamentos escolares figuraram em 2º lugar. Se, porém, a esta demanda forem somadas as que foram encaminhadas pelos médicos a partir de problemas no âmbito da escolaridade, o dado passa a corroborar os estudos citados. Esse cálculo indica portanto a prevalência da escola como a instituição onde se realiza com mais acuidade o olhar que investiga o comportamento da criança e do adolescente.

O Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil da Prefeitura de Betim, já habituado a receber das escolas do município solicitações de avaliação ou tratamento inadequadas e inspirado no pressuposto de que esse grupo de pacientes raramente formula uma demanda própria de tratamento, que vem sempre a partir da indicação de um *outro*, adotou como rotina de funcionamento, solicitar às escolas que enviem por escrito os motivos do encaminhamento. Esse procedimento tem o objetivo de que esse *outro* possa, minimamente, descrever o contexto do problema que identificou e também especificar a sua demanda.

É nesse contexto que se procedeu à análise dessa formação discursiva específica, tomada como um texto que procura argumentar a necessidade que uma criança ou adolescente, tomados como alunos, têm de serem atendidos em práticas de saúde mental.

4.1 A INTERDISCURSIVIDADE NO DISCURSO DA ESCOLA

¹⁰⁷ COLLARES, C. e MOYSÉS, M. . Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau no município de Campinas, in, *Em aberto*. Brasília, ano 11, n. 53, jan/mar 1992 p. 25

Os encaminhamentos trazem de forma evidente o endereçamento, mais do que a um serviço de saúde mental, ao psicólogo e à avaliação psicológica. A argumentação é eminentemente psicologizada, onde se busca descrever uma situação como signo de uma alteração psíquica e que tenha valor de verdade. São utilizados termos do campo conceitual da psicologia, e se espera com isso a facilitação de uma convivência na aceitação da solicitação feita .

Encontra-se em a “Microfísica do Poder” de Michel Foucault, a definição desse endereçamento nomeado como um *regime de verdade*. Cada grupo social ou instituição teria sua política geral de verdade, que é constituída pelos tipos de discurso que aceita e faz funcionar como verdadeiros. Essa política geral decide ainda sobre o valor de cada sentença e sobre o *status* daqueles que a partir da referência de verdade são os seus representantes.¹⁰⁸

Para a escola pode-se considerar que ocupam posição de política de verdade os discursos baseados na disciplina da Psicologia. Jennifer Gore vai afirmar que uma associação entre estes discursos e noções particulares de ciência tornam a psicologia mais prontamente aceita que outros tipos de discursos. Grande parte dos encaminhamentos fazem a solicitação para que se a proceda uma avaliação psicológica, passando para esse campo a razão científica capaz de sancionar esse discurso de verdade. Os encaminhamentos concedem aos psicólogos um *status* profissional, científico e intelectual e os encarrega de dizer o que conta como verdade.¹⁰⁹

¹⁰⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p. 12

¹⁰⁹ GORE, Jennifer M. Foucault e Educação: fascinantes desafios, in: SILVA, Tomaz Tadeu. *O sujeito da educação*. Petrópolis: Vozes, 1994, p.10-11

Estabelece-se portanto uma estreita relação discursiva entre a psicologia e a educação, em que, para o terreno do fracasso escolar, essa interdiscursividade dará ao educador as bases para sustentar o seu ato de encaminhar. J. Courtine, citado por Maingueneau, define o interdiscurso como um processo de reconfiguração incessante no qual uma formação discursiva é levada a incorporar elementos produzidos fora dela e que tem como função a sua própria organização, bem como a produção de um certo apagamento e mesmo o esquecimento de seus próprios elementos.¹¹⁰

Alguns aspectos dos encaminhamentos escolares evidenciam essa relação de apagamento sobre o próprio saber da educação, pois estabelece uma transferência absoluta de saber e também de responsabilidades para o psicólogo:¹¹¹

No encaminhamento 3: “...orientei a mãe da menina para que procurasse especialistas, porque com certeza, o diagnóstico de vocês será preciso e absoluto.” ;

no 8: “Esperamos que vocês possam ajudá-la a vencer esta barreira...” ;

no 12: “Gostaria que ele fosse avaliado por vocês, para que nos ajudassem a um melhor atendimento com esse aluno” ;

no 22: “A escola sente que há necessidade de um acompanhamento por parte de um profissional especializado” ;

e ainda no 31: “Conversei com a mãe do aluno e pedi que ela não o mandasse mais as aulas até que tivesse parecer de uma especialista, pois dentro dos nossos conhecimentos já fizemos tudo que podíamos” .

¹¹⁰ COURTINE, J. Analyse du discours politique, in *Langages*, n. 62, 1981 citado por Maingueneau, *op. cit.*, p 113

¹¹¹ Novamente não foram feitas correções nos encaminhamentos

Também outros encaminhamentos nomeiam a solicitação como sendo o acompanhamento ou avaliação especificadamente psicológicos, como nos de números 9, 10, 13, 15, 18, 23, 25, 29, 30, 31, 32 e 36.

Mais do que para a saúde mental, os encaminhamentos escolares se destinam então, como visto acima, à psicologia, onde se espera que esse saber, tomado no seu caráter científico, possa, com um suposto olhar objetivado, decidir por um diagnóstico e prescrever uma conduta. É nessa consideração da psicologia como ciência que se constrói a base dessa demanda que a escola formula.

Mesmo considerando a psicologia como um corpo conceitual homogêneo, observa-se, que vêm da escola, uma profusão de nomeações sintomáticas que refletem, na verdade, a extrema diversidade de conceitos do campo teórico da psicologia. A partir, dos encaminhamentos pode-se considerar que trazem três eixos de hipóteses em relação ao comportamento do aluno. Em primeiro lugar, os encaminhamentos se destinam a uma certa interpretação da psicanálise, na sua versão conhecida como Psicologia do eu, já que apontam para uma hipótese traumática e também para um ideal familiar. Em segundo lugar, aparece uma vertente de nomeações que seria representada pela Psicologia Cognitivista já que identifica o comportamento como distúrbio em relação aos parâmetros cognitivos estabelecidos. Uma terceira vertente poderia ser nomeada como um ramo neuropsiquiátrico da psicologia, onde a hipótese de causa seria a existência de uma lesão no organismo.

112

¹¹² Para estabelecer essas categorias, nos inspiramos no texto de Ana Lydia Santiago, “Segregação e clínica do impossível ato de educar”, em que a autora as nomeia como, psicologia clínica, abordagem instrumental cognitivista e abordagem biologicista. Este texto será citado mais a frente.

O primeiro representante do discurso da ciência, aqui nomeado como Psicologia do Eu ou do Ego, é a referência primeira onde a estratégia pedagógica vai buscar um elemento que representaria o comportamento inabordável por essa estratégia. Os encaminhamentos das escolas se sustentam por uma certa visão homogeneizada dos alunos pela via da padronização do funcionamento psíquico. A concepção da personalidade como fundada sobre uma estrutura familiar que promove carências e traumas é o recurso que sustenta essa homogeneização como se observa nos seguintes trechos:

“A aprendizagem dele está embutida, devido ao fato dele ter sido rejeitado na gravidez, segundo a mãe dele.” (enc. 5)

“Num primeiro contato pudemos observar dificuldade de interação com o outro, principalmente por parte da mãe.” (enc. 18)

“Revolta-se facilmente, lembrando situações traumáticas e reage intempestivamente. (enc. 17)

“Os pais são separados. Não mora com a mãe nem com o pai. Mora com os avós. A mãe teve uma filha recentemente e, ele tem muitos ciúmes. Seu comportamento modificou depois desse fato. Fala muito no pai, sobre a ausência e a falta de carinho.” (enc. 33)

A segunda corrente que informa e serve aos propósitos da escola é a psicologia cognitivista e comportamental, que, de forma direta, propõe a homogeneização solicitada com o estabelecimento de parâmetros de inteligência, memória, percepção, pensamento e linguagem. A própria pedagogia conhece bem esse tipo de referencial, a partir mesmo da concepção piagetiana da construção da inteligência que estabelece o desenvolvimento dos estádios cognitivos, relacionado a

idades determinadas. Este tipo de demarcação do funcionamento cognitivo demonstra de forma clara que o sujeito piagetiano se encontra subsumido pelo esquema de funcionamento pré-estabelecido, aparecendo como mero suporte de um mecanismo que opera apesar dele. Os textos das escolas apontam para esse tipo de interpretação.

O encaminhamento 7 descreve: “percebe-se que é uma criança saudável, porém o nível de desenvolvimento cognitivo tem deixado a desejar”;

no 19 “a professora percebe que ele não tem maturidade para acompanhar a turma”;

no encaminhamento 31 a professora aponta seu estranhamento no desinteresse do aluno já que “...as atividades são interessantes e apreciadas pelas outras crianças no mesmo nível de aprendizagem”; (grifos nossos)

a criança do encaminhamento 35 “não desenvolveu os conceitos básicos que normalmente se faz com crianças até 05 anos. Portanto a alfabetização só se realiza em bom nível, quando a criança se encontra preparada com os conceitos bem desenvolvidos”;

e a do encaminhamento 36 “sente dificuldades até com tarefas para crianças de 3 anos”.

Além dessas, outras referências dos textos analisados recorrem a outros indicadores de normalidade estabelecidos por esse espaço discursivo, notadamente nos encaminhamentos 35 e 36, como a memória, a percepção , a coordenação motora e o pensamento.

A associação entre uma determinada idade e a capacidade de assimilar e reproduzir conteúdos e tarefas, justificados a partir de uma lógica científica, engessa

a expressão singular do sujeito e termina por constituir-se num parâmetro moral de comportamento.

Como terceiro representante do discurso da ciência no espaço discursivo do fracasso escolar tem-se a abordagem biologicista, que imprime aos problemas de aprendizagem a dimensão da hipótese e da pesquisa por uma causa orgânica. Centrada na busca por uma disfunção neurológica que explique o comportamento em foco, observa-se o levantamento desse tipo de hipótese nos encaminhamentos seguintes:

No encaminhamento 3 a professora aponta que a mãe da criança “ relatou que, quando menor, tinha problemas com falta de ar (dando crises) tomava remédio controlado”. Logo em seguida coloca toda sua expectativa nesse tipo de causalidade levantada: “ Sinceramente espero que “ela” não apresente problemas sérios (ou nenhum) em relação à sua saúde mental, mas mesmo sendo leiga no assunto, parece-me que existe algo de diferente...” (grifos da professora)

No encaminhamento 13 uma última observação soa como um veredicto para os problemas do aluno: “ Obs. Teve problemas durante o parto”. E mais:

“ O aluno demonstra quando alterado, nervosismo incontrolável, sendo apático em atividades em sala”. (enc. 15)

“Não era um nervosismo explosivo e sim inquietude e suadeira constante”.
(enc. 35)

“...demonstra nervosismo, colocando as mãos na cabeça e balançando-a por alguns momentos”. (enc. 38)

Os efeitos de apagamento e de esquecimento apontados na definição de interdiscurso ficam, após a apresentação desses encaminhamentos, explicitados como

uma das mais importantes funções do estatuto de verdade conferido ao discurso da psicologia pela educação. Com o recurso de levantar uma hipótese causal psicológica para o distúrbio do aluno, a escola se exime de considerar outras possíveis determinações que poderiam ser encontradas no âmbito da sua própria formulação. A hipótese empregada para justificar as dificuldades e, também, a interrupção da escolaridade normal agem no sentido de atestar o déficit do lado do sujeito.

O chamamento ao discurso da ciência se constitui como uma concepção cada vez mais disseminada de que esse discurso estaria aparelhado para responder às evidências tomadas no seu aspecto empírico e objetivo. Esse pedido de resposta quer uma nomeação, um diagnóstico especializado e irrefutável, que possa representar, de uma vez por todas, o que se passa com o aluno e a ele dar um sentido.

4.2 A pedagogização do mundo e a disciplina

Um esboço histórico da consolidação da disciplina como um dos principais valores da educação pode encontrar seu ponto inicial na nova concepção de infância, (apontada na introdução) que então começava a ser implementada no Renascimento. Essa concepção vai produzir uma separação cada vez mais marcada entre o mundo dos adultos e o das crianças, e fazer surgir a necessidade de pôr em ação novas formas de se pensar a educação. Foi nesse quadro que teve lugar o surgimento de novas instituições educacionais.

A análise ideológica sobre a história da educação, formulada por Julia Varela, indica que foram os países católicos através das ordens religiosas – especialmente a dos jesuítas – que romperam com as formas até então dominantes de escolarização,

tanto com as estabelecidas tradicionalmente para a nobreza (aprendizagem do ofício das armas), como as instituídas para as classes populares (aprendizagem dos ofícios). Foram os jesuítas, ao retomarem dos moralistas e humanistas a definição de infância, que estabeleceram uma nova estrutura escolar que não apenas contribuiu para dotar a criança de um estatuto especial, como ser que necessita de formação moral, mas que também converteu seu sistema de ensino num sistema modelo para as demais instituições escolares.¹¹³

Um dos aspectos desse modelo propunha o controle e a adequação dos saberes a serem transmitidos a partir das supostas capacidades infantis. Para um novo objeto, forjado a partir de uma base religiosa moralizante, a transmissão dos saberes foi selecionada e organizada em diferentes níveis e programas de dificuldade crescente, introduzindo a dimensão católica do sacrifício e da recompensa. Os saberes se viram, então, submetidos ao crivo da ortodoxia católica, considerados em função de sua bondade ou maldade , em função do seu caráter moral.¹¹⁴

Inaugurou-se, portanto, esta associação entre a moral e a escola e foram sendo gradualmente desenvolvidas e aperfeiçoadas técnicas e procedimentos com o objetivo de conferir tanto aos colegiais, como aos saberes, uma natureza moralizada e moralizante. Tem-se, portanto, através da ordem religiosa, personificada nos jesuítas, as condições de possibilidade para o estabelecimento da “ciência pedagógica”.¹¹⁵

Segundo Varela, como consequência dessa pedagogização dos

¹¹³ VARELA, Julia. O estatuto do saber pedagógico, in, SILVA, Tomaz Tadeu, *op. cit.*, 1994, p.87-88.

¹¹⁴ *Ibidem*, p 88.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 88-89.

conhecimentos, surgem três efeitos que produzem suas ressonâncias até os nossos dias e poderão ser identificados nos encaminhamentos escolares recolhidos . O primeiro se refere à posição de autoridade ocupada pelo professor, o segundo estabelece o valor dos saberes e o terceiro se refere diretamente à implantação da disciplina como regra básica da vida escolar:

O primeiro efeito, como assinalado acima, se dirige à posição que o mestre ocupa em relação aos seus alunos. A mudança de classificação dos saberes, daqueles ligados ao aprendizado das armas e dos ofícios para o saber de qualidade moral, não exigia para sua aquisição uma cooperação do novo aluno na realização de uma obra ou artefato. A antiga relação entre o mestre e seu aprendiz dá lugar aos professores que passaram a ser os detentores do saber. Dos estudantes passou a ser exigida, apenas, uma posição de subordinação, onde deveriam absorver o conteúdo transmitido mirando-se no bom exemplo de comportamento moral encarnado pelo professor.

Já passando para os dados dos encaminhamentos escolares, observou-se que essa exigência de subordinação aparece de forma explícita.

“ Não aceita ordens; não há nada que o faça mudar de idéia” (enc. 1);

“ Só realiza as atividades se a professora insistir muito” (enc. 27);

“...faz questão de atrapalhar a sequência das mesmas (das atividades) não atendendo a ordem pedida pela professora e assim confundindo os colegas” (enc. 34).

Esses são exemplos de que a insubordinação, geralmente identificada como de ordem moral, implica numa interpretação que é nomeada como distúrbio de conduta ou de comportamento e que, portanto, ultrapassa a estratégia pedagógica,

devendo ser abordada por profissionais que lidem com a saúde mental destes que não obedecem.

Como segundo efeito da pedagogização dos conhecimentos, tem-se a operação de descontextualização da produção e da transmissão dos saberes em relação às condições sociais da sua inserção. Os saberes que possuíam os professores jesuítas eram saberes verdadeiros, que não remetiam a processos sociais, mas a outros saberes, aos textos dos autores clássicos, tendo como referências principais a doutrina da igreja e a tradição católica. Configuravam-se como saberes desvinculados do mundo material e das questões sociais, se pretendiam neutros e imparciais e davam aos saberes do mundo do trabalho, das lutas sociais e das culturas localizadas um caráter de erro e ignorância.¹¹⁶

O fato de a criança do **encaminhamento 1** gostar de lutas ou algo semelhante, de a do **encaminhamento 3** ter dificuldade para compor, a **do 8** não conseguir reter o que lhe foi ensinado, a **do 34**, às vezes, participar da aula nas atividades orais, a **do 38** participar bem nas aulas de educação física, é tomado apenas como reforçador dos motivos principais do encaminhamento, como uma espécie de oposição deliberada ao comportamento que é esperado. Como um aluno que é quieto, que demonstra sempre estar distante e é lento pode participar bem das aulas de educação física? Não há a perspectiva de se pensar esses elementos dentro de um contexto específico para a própria criança, dentro de uma realidade que lhe é particular, ou mesmo, como produto dos seus traços culturais.

¹¹⁶ Ibidem, p. 89.

O *terceiro efeito* diz respeito à instauração, decorrente desse processo, de todo um aparato disciplinar que visava o estabelecimento de uma referência moral definitiva e, naturalmente, também as penas a que estariam sujeitos aqueles que por ela não se orientarem. A verdade e a virtude ficaram associadas à idéia da renúncia de si mesmo, o que possibilitou que a disciplina e a manutenção da ordem nas salas de aula passassem a ocupar um papel central no interior do sistema de ensino até chegarem praticamente a serem consideradas como elemento prioritário até mesmo em relação à própria transmissão de conhecimentos.¹¹⁷

Ariés corrobora essa visão apontando que a disciplina escolar teve origem na disciplina religiosa sendo menos um instrumento de coerção do que de aperfeiçoamento moral e espiritual. Foi adotada como condição necessária do trabalho em comum e também por seu valor intrínseco de edificação e ascese. Da religião para a educação a disciplina foi adaptada como um sistema de vigilância permanente e ininterrupto das crianças.¹¹⁸

Ainda segundo Ariés, a diferença essencial entre a escola da Idade Média e o colégio dos tempos modernos reside na introdução da disciplina. A partir do fim do século XVII, os mestres, com o consentimento das famílias, tenderam a submeter o aluno a um controle cada vez mais estrito. Essa disciplina não se traduzia apenas por uma melhor vigilância interna, mas colocaria paulatinamente a escola num lugar central na vida das crianças e das famílias, até ser considerada como o lugar privilegiado capaz de atestar se um comportamento é adequado ou não.

¹¹⁷ Ibidem, p.89.

¹¹⁸ ARIÈS, *op. cit.*, p. 191

Esse aspecto é sem dúvida um dos principais determinantes do ato escolar de enviar uma criança ou adolescente para um serviço de saúde mental. Obviamente para que a missão educativa da escola se torne possível, é preciso que os alunos acatem minimamente as regras estabelecidas. O sinal privilegiado de que algo não vai bem é o comportamento interpretado pelo encaminhamento como indisciplina. Essa interpretação aponta para um certo foco que associa indisciplina e seus desdobramentos principais, a agressividade e a falta de limites, a um estado psicopatológico, já que respeitar as regras é o que se espera de qualquer criança “normal”.

Os encaminhamentos pesquisados dão a exata dimensão da magnitude do problema da disciplina, já que, do total de 38 encaminhamentos analisados, 27 fazem menção ao tema. Pode-se destacar como uma das principais designações para o problema da disciplina a referência ao comportamento agressivo.

No encaminhamento 1, a criança é designada como “...agressiva, inquieta e atrevida”;

no 5, é encaminhada por “...apresentar comportamento agressivo e indevido perante seus colegas professores e demais funcionários da escola”;

no 9, afirma-se que a criança “...se comporta de maneira muito agressiva dentro da sala de aula”;

no 10, aponta-se que “...é agressiva, grita com os colegas e tumultua a turma”;

no 15, a criança vem designada como “agressivo”, sem qualquer descrição mais detalhada;

no 15, “...vem apresentando agressividade com os colegas, professores e demais funcionários da escola, tanto a nível de vocabulário inadequado, quanto agressões físicas”.

O encaminhamento 17 quase que integralmente se refere ao tema da agressividade: o menino, em 1995, era “... nervoso, brigão e muito agressivo. Depois que iniciou o tratamento...começou a brincar e a ler com os colegas quase sem agressividade. Em 1996 apresenta momentos de agressividade (chega a tremer), batendo nos colegas.”

E ainda os encaminhamentos 24, 28, 31, e 34 também apresentam a agressividade do aluno como um dos principais motivadores do pedido de atendimento.

Se observarmos a posição em que aparece nos textos a menção à agressividade, encontraremos com regularidade sua colocação nas primeiras linhas, mesmo quando associada a outra queixas. Para as instituições educacionais parece se tratar de um forte argumento, de um dado inquestionável, na identificação de um distúrbio de ordem psicopatológica que merece avaliação e acompanhamento.

Além disso, o aspecto da agressividade coloca, de imediato, o aluno fora de possibilidade de manejo, pois o ponto básico para a adaptação à escola é a concordância em relação às regras estabelecidas.

Obviamente, a concordância com as regras não é um pressuposto que deva ser precipitadamente criticado, pois poderia cair numa perspectiva libertária romântica, inviabilizadora de qualquer ordenação quando o que está em jogo é a organização do

psiquismo. O próprio Freud postula que a “...a educação tem forçosamente que inibir, proibir, submeter...”¹¹⁹

O espaço de questionamento possível se coloca na associação produzida pelo discurso escolar entre um sinal qualquer emitido pelo aluno e sua interpretação imediata como distúrbio. A exigência de obediência cega à regra básica da escola e o respeito incondicional à autoridade dão a impressão de desconhecer qualquer particularidade que pode apontar para o desejo do aluno. Parece não haver espaço para essa dimensão dentro das instituições educacionais.

Françoise Dolto irá ainda sugerir de forma contundente, “..que o sistema de ensino deveria propiciar aos futuros cidadãos uma ordenação por e para eles mesmos de conhecimentos e técnicas adquiridos por desejo, e não por obrigação ou por submissão perversa ao medo das sanções e a imperativos impessoais.”¹²⁰

4.3 O TIPO PSICOLÓGICO ORDINÁRIO DA ESCOLA

Tal como descrito, ocorreram desde começos da Idade Moderna processos destinados à moralização dos conhecimentos e ao modelamento de sujeitos moralizados segundo normas da ortodoxia religiosa. Novamente, a partir do final do

¹¹⁹ FREUD, Sigmund. *Explicações, aplicações e orientações*, Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. XXII)

¹²⁰ DOLTO, Françoise. Prefácio de MANNONI, Maud, *A primeira entrevista em psicanálise*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1983, p. 25.

século XVIII, vai se produzir uma aproximação maior entre a disciplinarização dos saberes e a tentativa de construção de um novo tipo de sujeito.¹²¹

Em relação a essa construção, que visava o estabelecimento das fronteiras da normalidade, Canguilhem irá alertar que o próprio termo *normal* passou para a língua popular e nela se naturalizou a partir de vocabulários específicos da instituição pedagógica e da instituição sanitária. “*Normal é o termo pelo qual o século XIX irá designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica.*”¹²²

Na esteira dessa análise, conecta-se a produção de um determinado tipo de personalidade e de mentalidade que visariam adubar o terreno para o desenvolvimento do capitalismo. Esse processo incidiria ainda na produção de modos de subjetivação específicos também destinados a sustentar o modelo econômico em vias de consolidação.

O perfil desse tipo de personalidade e mentalidade que serviriam de base para o desenvolvimento e a manutenção do capitalismo não é obtido de forma simples. Objeções poderiam ser feitas em relação a uma homogeneidade do que seria desejável nesse perfil. Para uma determinada classe social pode ser um, para outra pode ser considerado um perfil diferente, e, até mesmo, contrário.

No entanto, as evidências apresentadas pelo material de pesquisa parecem configurar uma dimensão de comportamento relacionada a uma certa posição moral que apontaria para um parâmetro de subjetividade.

¹²¹ VARELA, *op. cit.*, p. 91

¹²² CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 209

Em quase todos os encaminhamentos, as referências ao interesse, ao esforço, à atenção, à tranquilidade e ao ritmo permitem traçar um perfil ideal de comportamento esperado pela escola.

Já que os encaminhamentos trazem os problemas, pode-se iniciar pelo seu avesso: o aluno que a escola não quer é aquele que:

“...está quase sempre disperso...” (**enc. 4**)

“...que não se esforça e mostra indiferença e falta de atenção para com a pessoa que está lhe dirigindo a palavra” (**enc. 5**),

“...que é muito desinteressado” (**enc. 6**)

e que “...por mais que a professora insista em ler e escrever ele não demonstra o menor interesse” (**enc. 7**).

É o aluno que “...demonstra pouca atenção ao realizar as atividades”(**enc. 11**)

e “...tem comportamento apático, com lentidão...” (**enc. 13**).

“É um aluno com aproveitamento fraco, inquieto, sem limites” (**enc. 19**).

Há sobre esse aluno uma expectativa para que decida pelo melhor caminho, já que, muitas vezes, seu comportamento é tomado como fruto de uma “má fé”, de uma escolha equivocada ao nível de uma decisão consciente. Tem-se portanto, que:

“...ele apresenta pouca motivação na aprendizagem, não se esforçando para resolver atividades” (**enc. 5**),

“...é sem concentração desatento quando lhe interessa” (**enc. 21**),

“...faz questão de atrapalhar a sequência das atividades” (**enc. 34**),

“... quando quer, sabe fazer e é esperto, tem resposta para tudo” (**enc. 1**),

e “...às vezes demonstra vontade de aprender” (**enc.38**).

Também não é desejável que o aluno identifique na escola a fonte de seus problemas:

“quando não consegue fazer alguma coisa no mesmo instante se irrita, e diz que vai para uma escola melhor e acha que suas dificuldades são por causa da escola” (**enc. 16**).

A escola espera uma justa medida na reação do aluno quando confrontado com o seu erro. “Nem tanto ao mar”, como no exemplo acima, “nem tanto à terra”, como no aluno que:

“...é disperso na maioria das vezes, fica distante, sua atenção é desviada por qualquer motivo, quando é chamado atenção não reage é apático e isola em seu mundo é triste (**enc. 26**).

Do outro lado, o aluno portador de um perfil subjetivo desejável, pode, apesar disso, apresentar problemas no âmbito da sua vida escolar, que se apresentam com uma força de enigma muito maior. O “mau” aluno nesse sentido moral apontado apresenta, portanto, problemas escolares como uma decorrência “natural” do seu perfil subjetivo. Ao “bom” aluno é reservado um outro lugar.

Para o aluno que na perspectiva da escola tem um bom comportamento, a descrição das dificuldades aponta para a questão da aprendizagem. O bom comportamento é recompensado com a dedicação e o interesse do professor que geralmente se esforçou de todas as maneiras para ajudá-lo. De forma geral,

“...é uma criança esforçada, interessada, está sempre procurando explicação para o que não sabe ou melhor para o que não conseguiu fazer. Seu comportamento com a professora é de muita educação, é carinhosa até mesmo quando parece estar nervosa. Não é de muita conversa dentro da sala

de aula, mas fora da sala parece ficar mais solta, não é uma criança egoísta, é calma onde chega a ser bastante lenta no que diz e faz” (**enc. 2**);

“...a disciplina é muito boa, faz suas tarefas de casa e também na sala de aula normalmente, e é por esse motivo, que não encontro justificativa para que ela não esteja aprendendo (bem). Se ela fosse uma criança que não fizesse o que é proposto, aí sim, teria um pouco de razão para não ser pelo menos 70% ou 80%.” (**enc.3**).

A professora deste último encaminhamento espanta-se com a dissociação entre uma boa disciplina e um mau aproveitamento, contrariando a expectativa de que a obediência teria como decorrência natural a aquisição do saber.

No perfil do “bom” aluno apurado, nos encaminhamentos escolares, teríamos ainda a criança definida como:

“...educada, caprichosa com seu material, amiga de seus colegas e professores e que não tem nenhum problema de disciplina.” (**enc. 8**)

“...é uma criança de bom relacionamento com os colegas, convive, participa das brincadeiras e se entrosa de forma natural com os colegas de grupo de trabalho e da sala de aula” (**enc. 11**).

Espera-se também que seja,

“...independente, participativo e mais responsável.” (**enc. 20**)

“...Está sempre pronto a atender as solicitações da professora. É obediente e carinhoso com colegas e professores. É pontual. Tem boa higiene. Participa e gosta muito das atividades extra-classe como educação física, biblioteca, filme etc...” (**enc. 33**)

O perfil do “bom aluno” , ou , “*o tipo psicológico ordinário*” aponta antes para o desenvolvimento de um padrão ideal, que promoverá uma associação absolutamente comprometida do comportamento que se distancia do padrão como um indicador primeiro de distúrbio psicopatológico. Em relação a este aspecto chama atenção o **encaminhamento 32**, que traz o relato de um aluno usuário de drogas que “...apesar de demonstrar entusiasmo para estudar obtendo um bom rendimento na aprendizagem e se mostrar respeitador” é encaminhado porque seu comportamento não é moralmente aceitável, reafirmando o lugar de zeladora moral da escola.

Interessa indicar, a partir da definição do tipo psicológico ordinário de Costa, que essas questões só marginalmente têm a ver com a problemática da saúde e da doença mental, pois em nada elucidam a natureza do fenômeno psicopatológico.¹²³

De qualquer maneira não há saída! Para o aluno parece difícil localizar onde se encontra a demanda da escola. Na posição de ter uma relação satisfatória com o saber mas com um comportamento indesejável ou ao contrário, o aluno, mesmo com o comportamento adequado mas com o fracasso do saber, estará igualmente barrado no crivo do ideal escolar.

A escola realiza, portanto, uma seleção rigorosa dos elementos que podem passar adiante e daqueles que serão segregados para a região da desistência de qualquer demanda, eximindo-se, assim, daquilo que seria sua função precípua: causar o desejo de saber.

Pode-se então afirmar que a criança portadora de um perfil que se afasta do ideal, ou que antagoniza com ele, é encaminhada para o serviço de saúde mental em função mesmo desse aspecto. Fica confirmada, então, essa interpretação realizada

¹²³ COSTA, *Violência e psicanálise*, p.74

pela escola entre a falha no comportamento e ou o fracasso na aquisição do saber como distúrbios ao nível do psiquismo.

4.4 O ESTADO E A ESCOLA

Um outro elemento estruturante nessa demarcação da escola como encarregada de produzir um tipo específico de sujeito é a demanda que lhe faz o Estado. Vários autores importantes irão concordar em relação à época de cristalização dessa demanda e também em suas características.

Émile Durkheim descreve que chegou um momento no qual os interesses religiosos e morais não foram mais os únicos a serem levados em consideração. Os interesses econômicos, administrativos e políticos assumiram uma importância grande demais para que se pudesse tratá-los como mera contingência e com os quais o mestre, na escola, não tinha porque se preocupar. Foi nesse momento que surgiu a necessidade de se colocar a criança em condição de satisfazer determinada expectativa ligada ao desempenho de atitudes mais funcionais em relação à sociedade que se estruturava.¹²⁴

Manacorda aponta que, antes da década de 1760, a escola fora, quase totalmente, um fato privado e eclesiástico, embora controlado pelo poder público. Nessa época, em 1773, foi suprimida a ordem dos jesuítas (a Companhia de Jesus) e a Igreja Católica se viu destituída da hegemonia sobre a educação e o fato se

¹²⁴ DURKEIM, Emile. *A evolução pedagógica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 266

consolida: a educação agora é assunto estatal, coisa do Estado.¹²⁵

Ariés também apontará esse período como determinante na virada da função da escola. Mesmo colocando o problema da origem na história, o autor vai apontar que é inegável a marca do final do século XVII, como época em que uma alteração considerável se processou:

*“A partir do final do século XVII ... a criança foi separada dos adultos e mantida à distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio. Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização.”*¹²⁶

No Brasil, a história se repetiu no tocante à saída da religião como elemento protagonista da escola para a entrada das necessidades do Estado. Segundo Nelson Piletti, os jesuítas, que chegaram ao país em 1549, rapidamente se espalharam pela colônia com seu estilo de ensino, baseado na observância da fé e da moral dirigido aos povos “primitivos” da colônia. Permaneceram hegemonicamente por mais de 200 anos sustentando a escola no Brasil. A situação se desestabiliza quando o Marquês de Pombal, primeiro-ministro de Portugal, de 1750 a 1777, atribuindo aos jesuítas intenções de opor-se ao governo português, rompeu com a

¹²⁵ MANACORDA, Mário Alighiere. *História da educação: da antigüidade aos nossos dias*. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 1992, p. 247.

¹²⁶ ARIÈS, *op. cit.*, p.11.

Companhia em, 1759, suprimindo as escolas jesuíticas de Portugal e de todos os seus domínios. Instaurou-se uma reforma com o objetivo de criar a escola útil aos fins do Estado, diga-se de passagem, de um Estado que não tinha interesse no desenvolvimento da colônia, conforme o estilo “extrativista” da colonização portuguesa. Nesse sentido, não se construiu uma escola que visasse o país e seu povo, nem aos interesses da fé, mas antes, que servisse aos imperativos da Coroa.¹²⁷

A partir dessa base histórica, não seria absurdo levantar a hipótese de que o encaminhamento de uma criança ou adolescente para um serviço de saúde mental possa ser tomado como um ato que vá ao encontro dos interesses do Estado. Este ato visaria selecionar os proprietários, os operários e a massa de reserva, confirmaria ainda a posição econômica ‘genética’ de exploradores e explorados. Mas, mais além, estabeleceria a referência, que é a demanda que o Estado faz à escola, de qual seria o tipo de cidadão que lhe interessa.

Essa relação estabelecida entre a função da escola e as necessidades de funcionamento da sociedade, uma alimentando a outra, imprime uma perspectiva althusseriana à análise que vem sendo realizada, colocando a escola como aparelho ideológico do Estado. Esse tipo de formulação configura uma perspectiva já bastante discutida em outros lugares que é considerada, até mesmo, como consensual entre os teóricos da educação. Inúmeros estudiosos se debruçaram sobre essa questão e num caráter de denúncia, apontam o engodo da perspectiva que coloca o fracasso do lado do aluno, pretendendo retornar para a educação o deciframento dos problemas gerados no seu próprio território.

¹²⁷ PILETTI, Nelson. *História da educação no Brasil*. 6^a ed. São Paulo, Ática, 1996, p. 36

Para além do tipo subjetivo desejável que aparece de forma direta no material de pesquisa e que guarda relação direta com um perfil social dominante, os elementos que, de forma geral, remetem a essa relação da escola com o funcionamento social, ou mesmo submetida a alguns padrões de valor moral e ideológico, aparecem de maneira mais discreta. As referências desse aspecto apontam, nos encaminhamentos, para uma preocupação em relação ao distanciamento que o aluno se coloca diante do objetivo maior da escola.

A criança do encaminhamento 3 “...continua sem sobressair/destacar”, a do 9 “...não vem apresentando bons resultados” e do 33, “...mesmo freqüentando aula particular não conseguiu obter sucesso.” (grifos nossos)

4.5 A ESCOLA E SUA METODOLOGIA

Os saberes pedagógicos, pode-se dizer, o discurso pedagógico, apresentam-se como o resultado, em boa parte, da articulação dos processos que levaram à pedagogização moralizante dos conhecimentos e à disciplinarização dos sujeitos. Esse processo se produziu sustentado pelo desenvolvimento de técnicas que sempre visaram criar uma estrutura que pudesse operar com qualquer um e em qualquer lugar. Segundo Varela, “*a pedagogia racionaliza, em geral, uma certa organização escolar e certas formas de transmissão sem questionar nunca a arbitrariedade dessa organização, nem tampouco o estatuto dos saberes que são objeto da transmissão.*”¹²⁸

¹²⁸ VARELA, *op. cit.*, p. 93.

Em relação à forma de organização e de transmissão da escola, observa-se nos encaminhamentos o apontamento de tentativas de um “atendimento” mais individualizado ou a utilização de alguma estratégia que possa fazer o aluno se interessar pelos conteúdos.

Um bom exemplo é o do **encaminhamento 8** onde se afirma: “...já trabalhamos com ela individualmente, dando-lhe assistência mas não conseguimos o nosso objetivo: que era alfabetizá-la e trabalhar conteúdo de matemática, pois a mesma demonstra ter muita dificuldade. Esperamos que vocês possam ajudá-la a vencer esta barreira, que será para nós motivo de muita alegria e realização”

Esse trecho ilustra com muita clareza o limite da estratégia pedagógica que, neste caso, passa apenas do trabalho coletivo para o individual, utilizando provavelmente a mesma metodologia de ensino.

O **encaminhamento 28** também fornece um bom exemplo do que seria uma estratégia pedagógica não rotineira na abordagem do aluno problema. Trata-se de um impresso previamente organizado que parece tentar atender demandas de outros setores. Vem com os itens já nomeados, bastando ao professor apenas preenchê-lo, o que facilita e orienta a sua descrição. No item 3 deste impresso nomeado “Recursos utilizados pelo professor(a) no entendimento com o aluno”, o relato descreve: “..conversei com ela – regras criadas na escola sobre seu comportamento”. Essa primeira frase, “conversei com ela” pode causar, à primeira vista, um certo estranhamento, já que poderia se pressupor que o ato de o professor conversar com seu aluno não configuraria nenhum tipo de recurso especial para a abordagem de uma situação de indisciplina, como é o caso do encaminhamento. O destaque dado,

porém, a esse “recurso” pode sugerir que a “conversa” tenha para a escola um caráter de excepcionalidade.

No **encaminhamento 34**, pode-se observar a grande dificuldade da professora “engessada” pelo seu universo pedagógico, no manejo de uma criança que perturba bastante o andamento das atividades. Ela nos relata: “Raramente participa das atividades escritas e apesar da cobrança (com carinho, dedicação e diálogo) sempre deixa a desejar. Geralmente é preciso permanecer na escola após as 11 horas”. E mais à frente interroga: “Como trabalhar com a sala e alunos que vêm situações tão constrangedoras e onde determinados alunos já estão com mudanças de comportamento?” Essa pergunta já traz uma resposta esperada: - Claro! o único jeito é excluí-lo da sala e de preferência com o aval do psicólogo. Depois de uma cobrança tão gentil e sem resultados, o aluno parece escolher, de forma consciente, o seu destino.

Como afirmam Collares & Moisés, é essa transferência de saber e também de responsabilidades da educação para a psicologia, esta baseada no modelo clínico individual e na testagem psicométrica, que muitas vezes referenda essa demanda de avaliação psicológica, buscando no aluno a marca da patologia, não investigando outros referenciais sociais e institucionais que poderiam ter maior peso numa dada situação. Dessa forma, o processo pedagógico que deveria ser objeto de revisão e mudança fica escamoteado pelo processo psicológico que se coaduna com a concepção de que o problema está sempre localizado e de forma singular no aluno.

129

¹²⁹ COLLARES E MOYSÉS, *op. cit.*, p. 27.

O que os encaminhamentos que dizem respeito à metodologia utilizada para contornar situações difíceis parecem demonstrar é que a escola não é refratária às críticas que se fazem em relação à massificação de seus métodos. Inúmeras filosofias de ensino e propostas de organização escolar têm sido criadas e adaptadas com o intuito de aprimoramento da missão educativa. A irrupção de uma situação que produz furos na planificação idealizada, no entanto, traz sempre de volta a noção de que saberes disciplinares e disciplinarização dos sujeitos são as duas faces do processo que atravessa o conjunto da organização escolar.

4.6 DO SINTOMA AO FRACASSO

A assimilação de qualquer problema da criança ou do adolescente no espaço escolar a uma dimensão sintomática que imediatamente aponta para o fracasso da sua trajetória educacional é fato que consolida a lógica escolar no trato desse problema.

Trata-se de uma leitura que pensa o sintoma como algo que se opõe ao que deveria ser. E é nesse sentido que se pode entender a grande quantidade de alunos que são cada vez mais enviados para o espaço da Saúde Mental, que estaria encarregado de fazer desaparecer esse “sintoma” para que o desenvolvimento possa voltar ao seu curso natural. Qualquer tipo de alteração de ordem comportamental ou instrumental parece ganhar no terreno escolar essa dimensão de sintoma que passa a significar o aluno a partir dessa inscrição.

Esse encaminhamento, alicerçado nos discursos que têm regime de verdade para a educação, ou seja a psicologia do eu, o cognitivismo e a neuro-psiquiatria, aliado a toda uma base histórica sobre a função moral e disciplinar da escola que

responde às demandas do Estado, sustenta a lógica segregacionista do seu funcionamento. Pretende-se através da generalização e homogeneização de categorias de normalidade fornecidas pelos discursos citados, fazer operar essa lógica.

Há uma oposição clara nas concepções aqui trabalhadas em relação aos campos envolvidos com essa problemática. Segundo Ana Lydia Santiago, se para a educação a atenção se dirige à adequação das respostas das crianças a partir de um crivo universal de normalidade, para a clínica, trata-se, ao contrário, de considerar as diferenças em relação a esse crivo como da ordem de uma vicissitude singular de cada um no momento da sua imersão no universo da escola.¹³⁰ Se para a escola trata-se da extirpação desse fenômeno, para a saúde mental o objetivo seria operar uma torção nessa significação de fracasso propiciadora de silenciamento e propor um outro destino.

A partir do espaço clínico para onde essa imensa clientela é enviada, foi permitido reconhecer o caráter patogênico da lógica moral da escola. Françoise Dolto dá uma bela definição do que se passa com o aluno na produção dos seus problemas escolares: “ *são reações ou crises caracteriais de um sujeito ocupado em resolver dificuldades reais necessárias na sua vida emocional, pessoal e familiar e que, momentaneamente, se desinteressou por seu papel de aluno.*”¹³¹ A autora irá identificar no estilo de instrução passiva, nos horários e programas obsessivos que

¹³⁰ SANTIAGO, Ana Lydia. Segregacion e la clinica del imposible del acto de educar. In, *La clinica frente a la segregacion*. Ediciones Eolia/ Instituto del Campo Freudiano/ Centro interdisciplinar de Estudios del Niño. Suplemento da revista Uno por Uno n. 46, 1998, p. 77-82

¹³¹ DOLTO, *op. cit.*, p 24

não dão margem de acesso à cultura de forma singular, o principal problema da estratégia escolar.

Anny Cordié vai mais longe e propõe que as estratégias de regulação do tempo, do ritmo e da atenção teriam um caráter de se opor à verdade do sujeito que se pressupõe como sendo contrária à ordenação que se pretende. Pode-se pensar então que a constituição de um sintoma pelo aluno, na concepção da psicanálise, colocaria uma dimensão de verdade, de algo que insiste e só encontra expressão na inadaptação à normatividade escolar.¹³²

O destino que a Saúde Mental propõe pode então se desdobrar em dois eixos principais. O primeiro se dirige ao âmbito estrito da clínica orientada pela psicanálise lacaniana que objetiva a transformação das dificuldades escolares em um sintoma que possa implicar o sujeito ao caminho da sua decifração. O segundo levaria a pensar o espaço clínico da saúde mental como aquele que pode apontar a dimensão patogênica da normatividade escolar.

¹³²CORDIÉ, Anny. *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 25

5 - CONCLUSÕES

5.1 O DISCURSO DA CIÊNCIA

A trajetória histórica da constituição das bases discursivas de cada um dos setores sociais trabalhados demonstrou, de maneira inequívoca, que o discurso da ciência, principalmente aquele representado pela medicina, é que forneceu a munição necessária para que estruturassem sua lógica disciplinar com base em parâmetros de normalidade irrefutavelmente científicos.

A partir do estabelecimento fisiológico das categorias “normal e patológico”, como demonstrado por Canguilhem, a medicina pode ocupar o lugar de decisão última sobre o que deve e o que não deve sofrer medidas de correção. O alcance dessa posição do médico é desmedido. A análise dos dados pode demonstrar que o nível de homogeneização e generalização que esse discurso propõe anula todo e qualquer indício de que ali, no “paciente”, se encontra uma história. Não foi possível encontrar qualquer categoria de análise que permitisse localizar formas sintomáticas que fizessem referência a uma inscrição particular do “paciente” em questão. Nem mesmo a referência à idade é levada em consideração.

O poder de significação conferido pela nomeação do sintoma médico na perspectiva da medicina clínica e o poder de alienação proporcionado pelo signo da anátomo-patologia produzem uma aderência descomunal do sujeito e dos seus responsáveis a essa nomeação de doente, o que muitas vezes sela irremediavelmente um destino.

O fruto do limite do discurso médico, que é o encaminhamento para o serviço de saúde mental, muitas vezes tem essa conotação de destino, uma vez que insiste e

pretende tamponar esse furo com a nomeação que inscreve no encaminhamento. Uma palavra, mesmo que não seja a última, advinda do médico, o detentor da verdade primeira da ciência, remete o paciente a um emblema identificatório de onde poderá se recolher.

5.2 O SOCIAL E O PAI

Pode-se observar que os Conselhos Tutelares pautam sua ação sobre a identificação de estruturas familiares que comprometem, como um nexos causal, o desenvolvimento psíquico da sua prole. Sua concepção do psíquico se estrutura fundamentalmente sobre as bandeiras das declarações e convenções mundiais que estabelecem através dos valores da liberdade, da dignidade e do pleno direito, um ideal de desenvolvimento que seria garantido pela sociedade.

Quando uma criança ou adolescente, através do seu comportamento, denuncia o furo desse ideal, o Conselho Tutelar entra em cena e aplica medidas de proteção que visariam restabelecer uma ordem ameaçada. O discurso jurídico-comunitário propõe então, para o indivíduo que porta tal comportamento, uma ordenação que o reenvia para os discursos que o produziram.

O que dá sustentação para essa lógica interpretativa, como visto no capítulo 2, são os pressupostos da medicina moral higienista e uma psicologia “científica” que definirão os parâmetros desse desenvolvimento. Portanto o que o comportamento desregulado denuncia é exatamente o poder segregador desses discursos, uma vez que demarcam as fronteiras entre o “dentro” e o “fora”.

A afirmação de que o indivíduo é reenviado aos discursos que produziram o parâmetro pode ser identificada num certo “tom” gentil dos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares, mas com características de uma exigência policial, que, na verdade, revela uma posição de alienação dessas instituições ao poder do discurso médico e psicológico. Seria algo como uma frase que diria: “Já que foram vocês que produziram o ideal, que tratem de assumir o que lhe escapa.”

Talvez, a partir daí, se possa compreender tamanha ênfase ao aspecto familiar dos encaminhamentos dos Conselhos. Igualmente submetidos a essa ordem contemporânea da ciência que esvazia o lugar de importância da ordenação da subjetividade imposta pela imago paterna, os Conselhos chamam para si a missão de encarnar uma suplência a isso que falhou na família. Aí onde é capaz de reconhecer uma particularidade, pois identifica o sujeito marcado pela função paterna, apresenta-se seu limite de ação, já que acredita poder restituir o pai através, somente, da figura de autoridade.

O tipo de dificuldade enfrentada pelos Conselhos fica ainda mais caracterizada pelo dado que revela, que, dos 34 encaminhamentos recebidos pelo serviço de saúde mental, 24 se referem a adolescentes. Freud aponta nos seus “Três Ensaio” que na puberdade “*se produz o mais importante dos trabalhos psíquicos, mas também o mais doloroso dessa época, o desligamento da autoridade dos pais.*”¹³³ Essa afirmação dá a dimensão da complexidade da tarefa dos Conselhos Tutelares,

¹³³ FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, VII), p. 233

ainda mais que, segundo Freda, o que está em jogo nesse desligamento é a colocação em evidência da importância do pai.¹³⁴

Portanto, o social, o público e seus representantes que pretendem se revezar nessa função paterna sofrem os efeitos dessa sua posição.

5.3 A ESCOLA E SEU IDEAL NARCÍSICO

Ficou identificado que o caráter segregador da escola parte de uma ordenação moral que se encontra nas origens da escola moderna e se consolida pela sustentação científica que a medicina e a psicologia lhe oferecem. Trata-se do setor social que dispõe dos parâmetros mais bem estabelecidos para a definição do aspecto da normalidade.

Uma série de discursos assessoram a escola na sua função selecionadora. Da medicina passando pela pedagogia, pela psicologia, pelo direito até chegar à televisão, todos se ocupam do enquadramento objetivo e subjetivo do que deve ser uma criança e um adolescente. Em uníssono, estes discursos, homogeneizam a todos sob a rubrica geral de “alunos”, e postulam que seu lugar é a escola.

A máxima de “estar na escola” obscureceu todas as suas outras funções, ao ponto de estar em implantação, no Estado de Minas Gerais, o projeto que extingue as reprovações, como medida para evitar o desestímulo dos alunos em continuar estudando. Além disso, leis que punem com cadeia os pais que não colocam os filhos na escola vêm sendo sancionadas.

¹³⁴ FREDÁ, *op. cit.*, p. 27

Esse processo, que desqualifica a família e o próprio desejo, parece consolidar a escola no lugar de vigilância moral da sociedade, onde numa grande triagem, se encarregaria de selecionar e distribuir crianças e adolescentes para os dispositivos sociais adequados. Para os aptos, o mercado, para os inaptos a segregação e seus desdobramentos. Entre eles, o sutil confinamento nas instituições de tratamento.

Diferentemente dos Conselhos Tutelares, os encaminhamentos escolares são em sua maioria de crianças.¹³⁵ A escola é, portanto, o identificador precoce que detecta a irrupção do irregular.

Nascida como objeto, a criança deve passar à condição de sujeito através da designação significativa que a linguagem opera sobre suas necessidades. Esse elemento estruturante a colocará em posição de continuar fazendo apelo, para obter sentido sobre o que busca.

Essa relação de dependência da criança ao outro proporciona o fato de que tantos discursos a tomem como objeto e pretendam dar uma significação última ao seu apelo, alimentando, assim, sua crença na verdade que embasa seu próprio discurso. Como dito acima, a escola dispõe, na sua verdade, de um ideal cristalizado na relação idade-capacidade-comportamento. Ou seja, para uma idade determinada espera-se a aquisição de determinadas habilidades instrumentais dentro de um comportamento moralmente correto. O que faz mancha nesse ideal, pode-se dizer, o

¹³⁵ Dos 38 encaminhamentos analisados 19 fazem referência direta à faixa etária e em outros pode-se inferir que se trata de crianças pela indicação da série que cursam.

que faz sintoma nessa imagem narcísica que a escola constitui produz o mote necessário que permite a segregação.

À formulação de Jacques Lacan ¹³⁶ em “Duas notas sobre a criança”, de que o sintoma da criança pode representar a verdade do par parental, ou configurar o lugar particular de objeto no fantasma da mãe, seria possível colocar a hipótese de que o sintoma escolar também poderia ser entendido a partir da extensão dessa lógica? Principalmente quando o sintoma não é reconhecido pelos pais, estaria a criança portando uma verdade do social, representada pelo sintoma escolar, que se refere a esse ideal narcísico proposto pela escola?

Minimamente, pode-se afirmar que o sintoma escolar revela que não é o saber ditado na escola que será capaz de recobrir o furo de significação propiciado pelo encontro do sujeito com a linguagem.

5.4 ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS PARA A CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL

A posição de não falante da criança e a incapacidade do adolescente de responder pelo seu ato os colocam à mercê do que a cultura irá considerar para eles como a medida do ideal. É essa condição, inteiramente ligada ao campo da palavra, a criança não fala e o adolescente não responde, que cria as condições de possibilidade para que o tecido social possa tomá-los na posição de objetos da cultura.

¹³⁶ LACAN, Jacques. *Duas notas sobre a criança*. In: *Ornicar*, Paris: Revue du Champ Freudien, n. 37, p. 13-14, abril-juin 1986. Traduzido por Ana Lydia Santiago.

Entre a inevitável dependência em que o ser humano inicia sua aventura, em que numa posição de objeto, seus primeiros sons dependem de um sentido que virá do outro que dele cuida, para essa realidade em que sua palavra não possui qualquer valor de significação para o seu ato, não há apenas uma diferença de grau. São tipos de análise absolutamente diversos. Se o sentido do que se fala, recebe, através dos significantes do outro, uma significação que lhe confere a estrutura de sujeito, isso não implicaria necessariamente que este estaria condenado eternamente a desconhecer referências que lhe são próprias e permanecer alienado nessa significação.

No âmbito do espaço social, a partir de uma interpretação ideológica do comportamento que gerou o encaminhamento, tem-se, como foi ressaltado insistentemente ao longo desse trabalho, um ato que visaria a disciplinarização dos indivíduos a partir do ideal contemporâneo de eficácia na produtividade com o devido submetimento a essa ordem.

No entanto, à medida que o material de pesquisa e a sua análise foram ganhando consistência, ficou evidenciado que uma linha de interpretação exclusivamente situada na vertente ideológica seria insuficiente para fazer avançar a questão da criança e do adolescente nas suas relações com as instituições que os encaminham para tratamento em serviços de assistência à saúde mental. Seria insuficiente porque não traria contribuições diretas para o campo onde se originaram as inquietações que deram sustentação para o percurso realizado e para onde são dirigidas as crianças e adolescentes que escapam da ordenação pretendida: a clínica da saúde mental infanto-juvenil.

Essa clínica lida com uma profusão de demandas de caráter muito diverso e em grande volume. Além das instituições encaminhadoras citadas nesse trabalho, uma série de outros setores também exercem o papel de zelar pela conduta de crianças e adolescentes dando-lhes, portanto, o lugar, muito especial e diferenciado na sociedade, de objetos da cultura.

A posição de receber essa demanda exige de quem se coloca nesse lugar, uma decisão radical em relação ao pedido que se faz. Esse se configura, como exposto na análise dos dados, como uma solicitação de amortecimento de conflitos gerados pelo comportamento em questão, para que as instituições e seus discursos possam permanecer sustentados pela sua verdade, calcada num ideal de normalidade.

Concluir nesse ponto seria desconhecer os efeitos que esse tipo de problema contemporâneo produz no próprio espaço da clínica. Dessa forma, o desconhecimento de tais efeitos seria o mesmo que dar a esse espaço o lugar de resposta literal a essa demanda, mantendo a criança e o adolescente na posição de objetos de mais um discurso.

Nesse sentido é que a conclusão faz uma demanda à clínica da saúde mental para que possa se posicionar diante das questões levantadas ao longo do trabalho.

O atributo “contemporâneo” aplicado ao problema central deste estudo é que interroga essa clínica, uma vez que, o que vem sendo nomeado pela psicanálise como “as novas formas do sintoma”, como o que irrompe como resposta ao mal-estar, constitui uma dimensão de essência dessa demanda que é enviada à Saúde Mental. O fracasso escolar das crianças, a agressividade dos adolescentes, as toxicomanias, os efeitos da dissolução da família patriarcal, as conseqüências de novas organizações familiares, a agressividade, entre outros, constituiriam um conjunto dessas formas

sintomáticas contemporâneas que representam a quase totalidade das descrições aqui trabalhadas.

Freud na 17^a das suas “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise”, intitulada “O sentido dos sintomas” afirma que há algo de típico na sua manifestação, algo da ordem do mesmo que se repete nos diferentes sujeitos, algo que insiste em apontar a impossibilidade da satisfação pulsional e que promove a invenção dos comportamentos que, ao mesmo tempo que apontam para esse impossível produzem um mecanismo de substituição que sintetiza (no sentido da dialética) uma saída. Essa seria a definição freudiana clássica do sintoma como uma resposta substituta do sujeito frente ao mal-estar imposto pela cultura, no sentido de que ela possa se estabelecer a partir dessa renúncia à satisfação pulsional.

Na diferenciação desse tipo de sintoma descrito acima para o sintoma “típico”, Freud, vai definir:

*“Existem, contudo – e são muito freqüentes – sintomas de tipo bem diferente. Devem ser descritos como sintomas ‘típicos’ de uma doença; são quase os mesmos em todos os casos, as distinções individuais neles desaparecem, ou pelo menos diminuem, de tal forma, que é difícil pô-los em conexão com a experiência individual dos pacientes e relacioná-los a situações particulares que vivenciaram.”*¹³⁷

¹³⁷ FREUD, Sigmund. *O sentido dos sintomas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XVI), p. 319

Para o sintoma que não é típico, Freud irá relacioná-lo a uma conexão do paciente com sua experiência e história particulares bastando ao analista, segundo o autor, “*simplesmente descobrir, com relação a uma idéia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a idéia se justificou e a ação serviu a um propósito.*”¹³⁸

Freud dá a esses sintomas a característica de uma “*desanimadora descoberta*” uma vez que confessa a sua incapacidade de fornecer uma explicação satisfatória da sua constituição, embora levante a hipótese de que possam remontar a experiências igualmente típicas, e comuns a todos os seres humanos e conclui dizendo que “*não temos motivos para um desespero prematuro*”.

Esta formulação freudiana permite um paralelo com a designação que a psicanálise vem dando a essas formas sintomáticas contemporâneas, que a partir dos encaminhamentos analisados, pela sua repetição, poderiam ser configuradas como “típicas”.

Hugo Freda, talvez indo ao encontro do desânimo de Freud, não coloca esses sintomas típicos ou suas novas formas como sintomas no sentido clássico, mas sim, como a irrupção de um “fazer” que teria, como função mais importante, restituir a figura do pai.¹³⁹ O contexto contemporâneo de declínio da imago paterna propiciada pela invasão da ciência em todos os interstícios sociais marcaria a intensidade desse “fazer” contemporâneo.

Se esses sintomas apresentam-se como novidade, na medida em que se generalizam como respostas dos sujeitos frente à inconsistência das referências

¹³⁸ Ibidem, p. 319

¹³⁹ FREDa, *op. cit.*, p. 21

simbólicas à sua disposição, a clínica deve acompanhar essa transformação. Isso implicaria em tomar essas nomeações que se apresentam como típicas e repetitivas para além de uma demanda que solicita o disciplinamento de crianças e adolescentes.

Há na Saúde Mental, que é um campo identificado com as lutas libertárias, portanto, defensor de uma ideologia específica, todo um cuidado para que não seja cúmplice dessa demanda, para que não aceite sujeitos que não possam formular uma demanda própria de tratamento.

A Política de Saúde Mental elegeu prioridades que se caracterizam por níveis de gravidade que são estabelecidos pelo diagnóstico de psicose e fundamentalmente por situações que fenomenologicamente “saltam aos olhos”. Em tais casos, a demanda parte da própria Saúde Mental, que chama para si a intervenção que possa bloquear ou interromper uma “carreira” manicomial.

Sabe-se que a clínica infanto-juvenil não é uma “clínica da urgência”, embora também se oriente pelas prioridades citadas. A gravidade em crianças e adolescentes nem sempre faz muito barulho e é comum que pequenos psicóticos e autistas sejam enviados para instituições encarregadas de abrigar casos que apresentam lesões neurológicas. Não se quer afirmar que esse tipo de demanda não se dirige aos serviços de saúde mental. Se dirige e não é pequena, mas, são demandas que não trazem questões diretas ao problema da tarefa ideológica que a saúde mental se coloca.

A intenção é salientar que, muitas vezes, a clínica da saúde mental, se limita, em função da sua identidade libertária, a verificar se existem, nos encaminhamentos, um pedido de disciplinamento pelas instituições sociais. Neste sentido o seu cuidado em não ser cúmplice desse pedido pode, às vezes, fazer a Saúde Mental experimentar

e reproduzir a mesma posição que condena. Estaria na função ideológica, porém no outro extremo, sustentando uma posição libertária sem levar também, em consideração, o sujeito que se apresenta.

O problema se complexifica mais ainda quando se sabe que raramente a criança e o adolescente formulam um pedido inicial de tratamento. Além disso, cabe ressaltar que, segundo Freda, esse fazer não se apresenta como o sintoma clássico, seriam formas assintomáticas de exposição.

Há portanto uma imensa parcela desse grupo etário que se encontra num vácuo assistencial, já que não formula uma demanda ou então é recusada porque vem encaminhada, a partir do seu “fazer”, com um pedido para que seja normativizada. Obviamente não se propõe aqui a abertura de vagas para todos e nem se pede uma imensa paciência e argúcia dos terapeutas para que esperem até que uma demanda se formule. A ética em jogo não permite esse tipo de estratégia.

No espaço estrito da clínica, apesar do grande volume de pedidos de avaliação e tratamento, é preciso que um certo tempo transcorra para que se possa concluir, afinal de contas, aonde se encontra a demanda. Um tempo necessário que saiba acolher o silêncio de um sujeito destituído da sua palavra pelas práticas segregadoras a que está submetido no seu cotidiano, e que não seja apressadamente compreendido como ausência de demanda.

Poderia ainda ser pensado um outro espaço, que acolheria casos refratários ao dispositivo estrito da clínica, onde estariam presentes estratégias que visassem a restituição do poder da palavra. Seria possível pensar um espaço que pudesse redimensionar esses casos sem solução para além da demanda social de ordem pública?

A dimensão de luta contra o manicômio na prática em saúde mental, com a faixa etária em questão, ganha contornos mais sutis e deve se orientar pela evidenciação das designações sociais propiciadoras de segregação do sujeito, esse elemento que insiste em reafirmar sua existência através das formas sintomáticas que constrói.

A proposição para a clínica da saúde mental é partir daí mesmo. Se houve o encaminhamento e se o paciente acata essa proposição, as designações segregadoras talvez não tenham sido capazes de recobrir inteiramente o que no sujeito constitui sua questão singular. A prática clínica e política da Saúde Mental deverá, então, considerar o “fazer” sintomático da criança e do adolescente, o comportamento que denuncia o furo dos ideais, como uma dimensão de palavra que possa mediar a estratégia segregadora das singularidades, proposta pela normatividade social.

Se, como afirma Lacan, “*na medida em que se trata para o sujeito de se fazer reconhecer, um ato é uma palavra*”¹⁴⁰, poderíamos nos remeter à pergunta inicial sobre a existência de uma palavra plena pela qual se pudesse responsabilizar-se integralmente. Colocaríamos, portanto, a ênfase não na existência mas, no aspecto da responsabilidade que ao sujeito deve ser atribuído no percurso de construção dessa palavra, existente ou não.

¹⁴⁰ LACAN, Jacques. *O Seminário: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986, p.279

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, Sonia. *Esse Sujeito Adolescente*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995
- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981
- ARROYO, Miguel. Fracasso- sucesso: o peso da cultura escolar e do ordenamento da educação básica. In: ARAMOWICS, Anete e MOLL, Jacqueline (orgs.) *Para além do fracasso escolar*. São Paulo: Papirus, 1997.
- BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BELO HORIZONTE. ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Famílias de Crianças e Adolescentes: diversidade e movimento*. Pesquisa realizada no município de Belo Horizonte. Vários pesquisadores. Belo Horizonte: 1995
- BIRMAM, Joel *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *A educação no Brasil, em uma perspectiva de formação*, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986.
- BRASIL. LEI N. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências.
- CLAVREUL, Jean *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COLLARES, C. e MOYSÉS, M. . *Diagnóstico da medicalização do processo ensino-*

- aprendizagem na 1ª série do 1º grau no município de Campinas. In: *Em aberto*.
Brasília, ano 11, n. 53, jan/mar 1992.
- CORDIÉ, Anny. *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar*.
Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal,
1989.
- DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DURKEIM, Emile. *A evolução pedagógica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1972.
- _____ *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro:
Graal, 1985.
- _____ *O Nascimento da Clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense
Universitária, 1994.
- _____ *Microfísica do poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FRANÇA, Júnia Lessa. *Manual para normalização de publicações técnico-
científicas*. 3ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1996
- FREDA, Hugo. “O adolescente freudiano”. In: ALBERTI, Sonia (apres.).
Adolescência. Rio de Janeiro: Kalimeros/Escola Brasileira de Psicanálise, 1996.
- FREUD, Sigmund. *Explicações, Aplicações e Orientações*. Rio de Janeiro: Imago,
1976. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund
Freud, XXII)
- _____ *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro:
Imago, 1976. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de
Sigmund Freud, VII)

- _____ *O sentido dos sintomas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XVI)
- GARCIA, Célio. Democracia Radical in FLEURY, Sônia (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992
- _____ *Clínica do Social*. Belo Horizonte: Mestrado em psicologia da UFMG, 1997
- GORE, Jennifer M. Foucault e Educação: fascinantes desafios. In: SILVA, Tomaz Tadeu. *O sujeito da educação*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- LACAN, Jacques. Duas notas sobre a criança. In: *Ornicar*, Paris: Revue du Champ Freudien, n. 37, p. 13-14, abril-juin 1986. Traduzido por Ana Lydia Santiago.
- _____ *O Seminário: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- LAJOLO, Marisa. “Infância de papel e tinta”. In: FREITAS, Marcos César (org.). *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez/USF, 1997
- LEVI STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. São Paulo: Cia das Letras, 1996
- MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988
- MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. 2^a ed. Campinas: Pontes/Unicamp, 1993.
- MANACORDA, Mário Alighiero. *História da educação: da antigüidade aos nossos dias*. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- MILLER, Jacques Alain, Salud Mental y Orden Público. *Uno por uno*, Barcelona, p. 5-10, septiembre-noviembre, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . Declaração de Caracas. 1991.

- PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso, in, GADET, F. e HAK, T. *Por uma análise automática do discurso*. 2^a ed. Campinas: Unicamp, 1993
- PÊCHEUX, Michel, LÉON, Jacqueline, BONNAFOUS, Simone. Apresentação da análise automática do discurso (1982), in, GADET, F. e HAK, T . *Por uma análise automática do discurso*. 2^a ed. Campinas: Unicamp, 1993
- PILETTI, Nelson. *História da educação no Brasil*. 6^a ed. São Paulo, Ática, 1996
- PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene (orgs) *A Arte de Governar Crianças*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula e Amais Livraria e Editora, 1995.
- SANTIAGO, Ana Lydia. Criança/ Escola: Especial? In *Recurso*, Belo Horizonte. N. 1, p. 21-26, 1995.
- _____ Segregacion e la clinica del impossível del acto de educar. In, *La clinica frente a la segregacion*. Ediciones Eolia/ Instituto del Campo Freudiano/ Centro interdisciplinar de Estudios del Niño. Suplemento da revista Uno por Uno n. 46, 1998
- SANTIAGO, Jesús “Aspecto atual da histeria na civilização da ciência” in COUTO,L.F. (org) *Pesquisa em Psicanálise*. Coletâneas da ANPEPP. SEGRAC. Belo Horizonte: 1996
- SILVA, Benedicto. (coord.) Ordem Pública. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1986
- SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo e OLIVEIRA, Elizabeth. *Prevenir e Curar*.3^a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária,1988 p. 18
- VARELA, Julia. O estatuto do saber pedagógico, in, SILVA, Tomaz Tadeu. *O sujeito da educação*. Petrópolis: Vozes, 1994

VELHO, Gilberto. O Estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social, in, VELHO, Gilberto (org.). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

VIGANÓ, Carlo. *Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise*. Belo Horizonte: Publicação do Instituto de Saúde Mental/Escola de Saúde de Minas Gerais, Associação Mineira de Psiquiatria: 1997.

WARTEL, Roger. Pour une archéologie de la Santé Mental. In: *Mental*, Paris: Ecole Européenne de Psychanalyse, N. 1, 1997.

ANEXO I

OS ENCAMINHAMENTOS MÉDICOS

- 1- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psiquiátrica. Criança com baixo rendimento escolar. Hiperatividade. Baixa de atenção. Problemas psiquiátricos maternos.
- 2- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiatria. Cefaléia. Baixo rendimento escolar. Agressividade.
- 3- Criança com história de hiperatividade (não para quieta na escola + dificuldade de atenção + não está indo bem na escola. Quadro se iniciou quando entrou para a escola. HD. Disfunção cerebral mínima (?) Peço avaliação.
- 4- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia Infantil. Baixo rendimento escolar. Dificuldade de concentração. Agitação
- 5- Ao Serviço de psicologia. Criança com dificuldade de aprendizagem.
- 6- Dados clínicos: Dificuldade escolar. Exames solicitados: Avaliação e psicoterapia de apoio.
- 7- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicológica Criança segundo a família é muito quieta, tem dificuldades na escola. Solicito gentileza avaliação. Grata!
- 8- Clínica: Pediátrica. Dados clínicos: Dificuldade de aprendizagem. Exames solicitados: avaliação psicológica.
- 9- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicologia Infantil. Criança apresentando dificuldade e baixo rendimento escolar.
- 10- Da clínica: Neurologia. A clínica: Psicologia – Pedagogia. Dificuldade aprendizado escolar.
- 11- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicologia Infantil. Baixo rendimento escolar. (figura uma seta virada para baixo)
- 12- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Saúde Mental. Dificuldade de aprendizagem.
- 13- À equipe de acolhimento do CERSAMI. Encaminho o menor para avaliação a pedido da escola por motivo de repetência escolar. Assina a assistente social de uma unidade básica de saúde.
- 14- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Saúde Escolar – Psicóloga. Dificuldade Escolar.

- 15- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicológica. Dificuldade de aprendizado.
- 16- Encaminho o paciente acima p/ avaliação. Não faz uso de nenhuma medicação. Nunca fez controle. Assina a equipe de acolhimento de uma unidade básica de saúde.
- 17- A psiquiatria. Peço avaliação acompanhamento do paciente acima.
- 18- Encaminho as pacientes a primeira com 22 anos e sua filha com 4 anos para o serviço de saúde mental conforme queixas relatadas ao serviço social. Assina a equipe de acolhimento.
- 19- Solicito consulta c/Psicólogo.
- 20- Da clínica: Serviço Social. A clínica: Saúde Mental Infantil. Avaliação Psicológica.
- 21- Solicito avaliação da menor acima. Atenciosamente.
- 22- Da clínica: Médica. A clínica: Psicológica. Avaliação clínica.
- 23- Solicito: consulta c/ o psicólogo. Grata.
- 24- Solicito: Avaliação Psicológica.
- 25- Da clínica: ortopedia. A clínica: Cersami. Solicito acompanhamento psicoterápico.
- 26- Clínica: Dermatologia. Indicação: À psicologia para avaliação e acompanhamento. Diagnóstico ou suspeita: Psoríase.
- 27- Aos cuidados da psicóloga. Encaminho o jovem para avaliação.
- 28- Solicito avaliação psicológica do menor acima. Assina uma médica.
- 29- Da clínica: Neurologia. A clínica: Psicologia. Dist. de comportamento c/ ansiedade e medo. É portador de epilepsia bem controlada, em uso de FNB. Solicito avaliação e acompanhamento.
- 30- Da clínica: Neurologia. A clínica: Psicologia. Solicito quantificação de inteligência e avaliação da maturação viso-motora do paciente supra citado com quadro de distúrbio do déficit de atenção. Solicito relatório.
- 31- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicólogo. Enurese noturna. Solicito avaliação.
- 32- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia. Dist. (ilegível) conduta. (terror noturno – Enurese dist. afetivo)
- 33- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia. Problemas estruturação familiar e somatização.

- 34- Da clínica: Pediatria. A clínica: CERSAMI – centro. Criança com 9 A de idade que há 3 dias apresenta-se c/ distúrbio comportamento. Exame físico: P: 28.500 PAMSD – (manguito inadeq. +/- 100/60) Solicito avaliação especializada. Grata,
- 35- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicólogo. Criança reage com vômitos e “desmaios” a qualquer stress (“muito nervosa”)
- 36- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia Infantil. Cr/ 11 a idade, necessita avaliação clínica psicológica por dificuldade relacionamento familiar e escolar.
- 37- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicológica. Solicito acompanhamento psicológico do menor, pois está em processo de adoção. Processo este que se iniciou há +/- 01 ano atrás. Mãe relata que criança é agitada e foi tomada aos pais biológicos por violência.
- 38- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicologia. Depressão? Crç c/depressão reativa após perda do pai.
- 39- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicólogo. Enurese noturna.
- 40- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiatria. Paciente deprimida; choro durante exame; queixa dor torácica constante há 3 dias; Ao exame físico: (ilegível); choro. Fc= 84 bpm, (ilegível) TA= 36.3° C. (ilegível)
- 41- À Psicologia. Paciente acima, 16 anos apresentando quadro de polifagia, hipersonia, “roendo unhas arrancando pelos do couro cabeludo. Solicito sua avaliação.
- 42- Da clínica: Pediátrica: A clínica: Psicológica. Apoio Psicológico. Paciente obesa, com hiperatividade.
- 43- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia / Psicoterapia. Criança apresentando quadro importante de Pânico – Estado de Ansiedade Dist. Psicossomáticos que estão prejudicando o desempenho normal de sua vida regular – Apresenta medo + intenso. Rigoroso c/ os deveres.
- 44- Psicologia. Há 15 dias a criança vem apresentando nervosismo e agressividade (auto-agressão) Peço avaliação especializada.
- 45- Ao serviço de psicologia. Encaminho a menor, 8 anos com enurese noturna e cefaléia crônica (psicogênica?) Exame neurológico + tomografia normal.

- 46- Da clínica: Médica. A clínica: Saúde Mental. Distúrbios do comportamento e alucinações. Usando fenobarbital sem controle e não sabe a razão. Exame Peça avaliação psiquiátrica e tratamento.
- 47- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiátrica. Pcte de 14 anos com quadro de insônia inicial segundo a mãe, necessitando avaliação especializada.
- 48- Da clínica: Gineco. A clínica: Psicologia. 15 anos. Sem motivação p/ estudo. Poliqueixosa. Desejo de tirar útero devido a cólicas. Desejo de (ilegível) Solicito avaliação.
- 49- Da clínica: Pediatria. A clínica: psicologia infantil. Solicitamos avaliação clínica para a menor por apresentar quadro de agitação psicomotora (Hipercinética) com baixo rendimento escolar.
- 50- Ao Serviço de Saúde Mental. Encaminho a paciente, 16 anos para controle do desvio do comportamento.
- 51- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiátrica. URGENTE! Quadro de depressão franca, há +/- 4 meses (com episódios anteriores) agravamento do quadro há +/- 15 dias. Idéia de auto-extermínio. Há uma semana deixou de frequentar a escola. Há 48 hs não quer comer.
- 52- Da clínica: médica. A clínica: Psiquiátrica. Paciente com história de tentativa de suicídio há 3 anos, após a separação dos pais. Há +/- 2 anos vem tendo reações de conversão. Não fez tratamento psiquiátrico. Fez tratamento c/ psicólogo há +/- 1 ano sem resultados.
- 53- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicóloga. Criança com 3 anos, apresentando há 2 meses distúrbio na área sexual (ereção de pênis, masturbação) Solicito gentileza avaliação. Grata.
- 54- Ao Betim Central. Solicito avaliação da paciente com quadro sugestivo de conversão psicomotora.
- 55- Ao serviço de Psicologia. Solicito avaliação. Jsut. Autismo?
- 56- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicólogo. Medo + ansiedade. Solicito avaliação.
- 57- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiatria. Atraso do desenvolvimento mental (afirma Ter 5 anos)
- 58- Da clínica: Neurocirurgia. Para a clínica: Psiquiatria. 02 anos. Agitação. Agressiva. Impaciente. Ex. neurológico: normal

- 59- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiátrica. Paciente com distúrbios do comportamento. (ilegível) escolar (analfabeta)
- 60- AO serviço de Psicologia. Solicito matrícula e atendimento para o menor com distúrbio psicoemocional gerando obesidade, ansiedade e mal desempenho escolar. Apesar de acompanhamento clínico julgamos necessário acompanhamento especializado.
- 61- Da clínica: Neurologia. A clínica: Psiquiatria. Pac de 15 anos, meningite c/ 2 anos, c/ déficit intelectual, usando diazepam 5mg/dia devido à insônia e agitação. Atendido na UAI (Unidade de Atendimento Imediato) com movimentos distônicos. Foi prescrito Carbamazepina e Haldol p/ psiquiatra de plantão. Fiz pedido de EEG. Solicito avaliação.
- 62- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicologia. Criança de 9 anos com dificultd. de aprendizagem escolar, dificultd. relacionamento.
- 63- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicologia. Com queixa de ser agitado. Chora – berra, por qualquer coisa. Com dificuldade escolar.
- 64- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psiquiátrica. Criança com quadro de depressão acentuada após morte da tia. Já fazia acompanhamento com psiquiatria anteriormente.
- 65- À Psicologia Infantil. Solicito avaliação do menor com relato de evasão escolar. Vem fazendo tratamento comigo de enxaqueca.
- 66- Da clínica: Médica. A clínica: Psiquiatria. Paciente queixa de tristeza, nervosismo ansiedade, já com avaliação neurológica prévia (normal).
- 67- Da clínica: ped. A clínica: Psiquiatria. Enc. o menor c/ 8 anos, c/ problemas de comportamento domiciliar e escolar.
- 68- À psicologia infantil. Solicito avaliação e acompanhamento do menor com quadro de distúrbio de comportamento.
- 69- Da clínica: Pediatria. A clínica: de psicologia. Instabilidade emocional, roe unhas, chupa dedos. Idade 2 anos e 4 meses.
- 70- À Psicologia Infantil. Solicito avaliação do menor, 09 anos, com distúrbio de comportamento e déficit de aprendizagem.
- 71- À Psicologia Infantil. Solicito acompanhamento do menor, 06 anos, com quadro de distúrbio de comportamento, associado à enurese noturna, estando em uso de

Imipramina/ Tofranil/ 15 mg/dia. Há história de tio epilético, de difícil controle, associado à distúrbio de comportamento. Realizou EEG que evidenciou-se lentificado sugerindo imaturidade do SNC. Adianto-lhes que tal distúrbio de comportamento não é secundário à medicação e sim, provavelmente, ao convívio com tio.

- 72- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psicológica. Pede-se avaliação e conduta.
- 73- Psicóloga. “Distúrbio do Comportamento”.
- 74- A Saúde Mental. A paciente supra citada foi atendida em quadro conversivo. Foi medicada com diazepam 10 mg IM sem melhora. Solicitamos a sua avaliação.
- 75- À Psicologia Infantil. Encaminho-lhes o menor, 08 anos, com quadro de Distúrbio do Déficit de Atenção/ DCM/ , visando quantificação de inteligência.
- 76- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicólogo. Relata a mãe que atualmente a criança está muito nervosa. Perda de ano escolar.
- 77- Ao CERSAME. Encaminho a menor, 15 anos com quadro de depressão. Peço sua avaliação e acompanhamento.
- 78- Da clínica: Pediátrica. A clínica: Psiquiatria. Solicitamos avaliar a menor, 7 anos, com queixas de dor abdominal crônica, episódica, a esclarecer. Diversos exames clínicos em condições diferentes= Normal, EPFs (verminoses tratadas), urina I, urocultura (Normal) e negativo. REED= espessamento da mucosa gástrica. Endoscopia digestiva= s/alterações. HD= somatização.
- 79- Da clínica: Pediatria. A clínica: Psicólogo. Crç apresentando “mêdo” inclusive de pessoas.
- 80- Da clínica: Médica. A clínica: Psicológica. Segundo a mãe, a paciente sempre foi “nervosa”. Há +/- 2 meses vem apresentando crises frequentes de somatização. Paciente com 16 anos, s/ alterações ao exame físico.
- 81- Ao Psiquiatra Pediátrico. Solicito acompanhamento especializado p/ menor acima, 7 anos, c/ relato de distúrbio de comportamento.
- 82- Encaminhamos o menor para avaliação pelos seguintes motivos: criança apresentando nervosismo após perda do pai.
- 83- Ao Cersam. O sr. acima, 49 a, está passando por problemas sérios de relacionamento com seu filho, 15 a, que tem apresentado sintoma de forte

- depressão. Necessita de atendimento pela equipe do Cersam. Maiores informações podem ser dadas pelo portador desta.
- 84- Avaliação Psicológica. Criança apresenta quadro repetitivo de lesões de pele (ilegível) + Enurese noturna + Dist. Neurótico de conduta. Solicito avaliação e tratamento em psicologia.
- 85- Betim Central – Cersam. Primeiro atendimento. Encaminhado da Escola Municipal. Relatório em anexo.
- 86- Ao CERSAMI: Solicito atendimento para criança de +/- 02 anos, com história de episódio de crises convulsivas aos 06 meses (idade), tendo sido feita propedêutica neurológica sem achados. Há +/- 06 meses a criança passou a ficar agitada, treme o corpo quando não é atendida, sono agitado. Nervosa. Não usa medicação. I.D. F 93.2 F 94.1
- 87- Pede-se avaliação psicológica + testes. (6 encaminhamentos idênticos)
- 88- Paciente de 10 anos, com quadro de crises convulsivas de longa data, associado a quadro de distúrbio do déficit de atenção, o que resulta em distúrbio de aprendizagem. Atualmente, está em uso de Carbamazepina/ 300mg/dia e Imipramina 125mg/dia. Deverá frequentar escola especializada (LBA). Em curso acompanhamento neurológico.
- 89- Encaminhamos o menor para avaliação psiquiátrica pelos seguintes motivos: agressividade episódica + baixa tolerância a frustração.
- 90- Solicitamos a marcação de consulta psiquiátrica para o paciente acima que procurou o Hospital, não tendo sido caracterizado urgência / emergência neste momento.
- 91- A psicologia. Pede-se orientação psicoterápica.

ANEXO II

OS ENCAMINHAMENTOS DOS CONSELHOS TUTELARES

- 1- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM, encaminha o adolescente, Wesley, 14 anos, ao CERSAMI, pelos motivos abaixo citados: O adolescente acima mencionado está sendo acompanhado pela equipe de assistente social, no bairro onde reside, e a mesma pede uma avaliação do mesmo. Solicitamos o atendimento deste adolescente. Certo de vosso pronto atendimento antecipadamente agradeço.
- 2- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM, encaminha o adolescente, Fernando, 13^a, pelos motivos abaixo citados: Não possui nenhuma noção espacial. Não conhece datas; não se lembra de momentos como: quando começou a estudar; que idade tinha; que série está cursando, etc. Precisa de acompanhamento psicológico por ter sua mente bastante confusa. Atenciosamente.
- 3- DO CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ REGIÃO I para CERSAMI. Em atendimento ao caso xxx/95 lhes encaminhamos A adolescente Adriana – 17 anos pelos motivos abaixo citados: A adolescente tem apresentado comportamento agressivo em sua casa. Tem demonstrado depressão e vivido constantes conflitos familiares. Solicitamos orientação e avaliação psicológica da mesma. Desde já agradecemos. Atenciosamente.
- 4- DO CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ REGIÃO I para CERSAMI. Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos Wellington – 13 anos pelos motivos abaixo citados: O adolescente supra citado esteve envolvido com furtos juntamente com alguns colegas de Escola, já repetiu a 5^a série duas vezes e é bem provável que será reprovado também este ano. Este adolescente apresenta uma grande dificuldade de se relacionar. Pedimos a gentileza de fazer um acompanhamento psicológico e nos comunicar o desenvolvimento do mesmo. Certo de vosso pronto atendimento, antecipadamente agradeço. Atenciosamente.

- 5- DO CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ REGIÃO I para CERSAMI. Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos a Sra. Maristela e Fabiana – 14 anos pelos motivos abaixo citados: A adolescente acima referida tem causado constantes transtornos, e tem efetuado quebraadeiras em sua residência. Tem constantes crises de agressividade. É filha adotiva. Solicitamos orientação em caráter de urgência da Sra. referida e sua filha. Atenciosamente.
- 6- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha Clodoaldo 11 anos, ao Cersami pelos motivos abaixo citados: A criança acima referida é filho de pais separados, atualmente está morando com o pai Sr. Ilton – lavador de veículos. Está cursando a 1ª série do Ensino Fundamental, segundo os relatos da diretora da Escola, Clodoaldo é um menino muito rebelde, agride outros meninos e já agrediu uma professora. O mesmo não consegue prestar atenção nas aulas e constantemente pula o muro e vai embora. Pedimos o apoio desta equipe para o bem desta criança. Certo de vosso pronto atendimento, agradeço. Atenciosamente.
- 7- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha o adolescente Roberto, ao Cersami, pelos motivos abaixo citados: em atendimento ao caso xxx/95 encaminhamos o adolescente acima citado, pois o mesmo está muito agressivo. Segundo os relatos da mãe o adolescente constantemente está agitado e nervoso, brigando com todos. Na escola vem apresentando os mesmos problemas. Está cursando a 5ª série do Ens. Fundamental. Solicitamos que o mesmo seja avaliado. Certos de vosso pronto atendimento, agradecemos. Atenciosamente.
- 8- Tendo este Conselho Tutelar apurado os fatos relatados e verificando nas declarações que: O adolescente Agamenon está precisando com urgência de um acompanhamento psicológico e se necessário psiquiátrico. Decide o CONSELHO TUTELAR: Encaminhar o menor para o Cersami, para avaliações.
- 9- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM, encaminha a criança, Sérgio – 11 anos ao Cersami pelos motivos abaixo citados: A criança acima mencionada é filha do Sr. Pedro, está cursando a 3ª série do Ensino Fundamental e tem apresentado um comportamento agressivo e rebelde,

pois alega que não se relaciona bem com seu pai, e sua mãe se encontra separada do mesmo a 8 anos e reside no Rio de Janeiro. Solicitamos orientação e avaliação psicológica do mesmo. Desde já agradecemos. Atenciosamente.

10- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha a adolescente Joana – 15 anos ao Cersami pelos motivos citados: Joana se tornou repentinamente, agressiva e ameaçou tirar a própria vida. Foi para a linha férrea onde se deitou. Não conseguindo tirá-la de lá sua mãe, D. Geralda, e um vizinho chamaram a polícia militar que a conduziu ao distrito policial. O Conselho Tutelar a encaminhou ao centro de triagem onde passou o restante da noite. Agora pela manhã estamos encaminhando a adolescente ao CERSAME devido às tentativas suicidas e a uma forte depressão em que a mesma se encontra. Atenciosamente.

11- DO CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I para CERSAMI. Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos o menor Márcio pelos motivos abaixo citados: O menor é adotivo. O mesmo não estuda, alegando falta de vaga na 5ª série do Ensino Fundamental. O menor fuma demasiadamente, e bebe cervejas no fim de semana. Participou de um assalto, numa residência, furtando um vídeo-cassete e já roubou um botijão de gás na casa onde morava. O menor e a família necessitam de acompanhamento psicológico, onde contamos com compreensão e atenção da equipe Cersami. Agradecemos antecipadamente. Atenciosamente.

12- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: CERSAMI. Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos A criança Mateus 5 anos pelos motivos abaixo citados: A criança é filho de Margarete, eles moram com a família da mesma, e a criança estuda na Escola X. No dia 20/ 10/ 96 a criança foi agredida pelo tio e isso se deu pela sexta vez este ano. Além disso a criança é rejeitada pela avó e os tios, todos ignoram a criança e maltratam ela, deixando totalmente nervosa e descontrolada. Pedimos vossa atenção, e agradecemos antecipadamente. Atenciosamente.

13- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Atendimento XXX/96 Data 18/11/ 96 Pessoa encaminhada: Shirley- 13 anos Motivos: A adolescente acima citada vem

apresentando desvio de conduta, já várias vezes saiu de casa, tem um certo conflito com a madrasta, mas é uma adolescente muito difícil não respeita os pais, faz o que quer, responde a todos. E como se não bastasse noites atrás, chegou bebada em casa. Pedimos a avaliação e um relatório dado que o caso já chegou ao conhecimento do Ministério Público. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.

14- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha O adolescente Pedro ao Cersami pelos motivos abaixo citados: O adolescente acima citado é filho adotivo de Geraldo e Isabel. O mesmo apresenta grandes dificuldades de aprendizagem escolar, motivo na qual parou de estudar na 1ª série. Segundo os relatos da mãe, o adolescente sai de casa e fica até uma semana na rua, depois retorna como se nada tivesse acontecido. Pedimos o apoio para que o mesmo seja atendido. Certos do vosso pronto-atendimento, agradecemos. Atenciosamente.

15- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersami Em atendimento ao caso XXX/95 pelos motivos abaixo citados: O adolescente acima citado nascido em 1984, filho de Neuza e Pai desconhecido, residiu em instituição de menores desde 1993. Atualmente se encontra sem residência fixa e tem enfrentado constantes conflitos familiares. Solicitamos avaliação psicológica do mesmo. Certos de vosso atendimento, agradecemos. Atenciosamente.

16- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos o adolescente Fernando pelos motivos abaixo citados: O adolescente acima citado tem apresentado um comportamento agressivo; tem feito uso constante de bebidas alcoólicas e sua mãe suspeita que o mesmo faz uso de drogas. Solicitamos possível avaliação Psicológica. Certo de sua atenção, agradecemos. Atenciosamente.

17- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha a criança Maurício – 07 anos ao Cersami pelos motivos abaixo citados: A criança acima citada tem apresentado comportamento agressivo e as vezes se mostra muito desatenta, possui grandes dificuldades em aprender. Seu

irmão não fala e foi encaminhado para acompanhamento escolar especializado. Solicitamos seu atendimento e posterior avaliação. Agradecemos antecipadamente. Atenciosamente.

18- DO CONSELHO TUTELAR da Região II de Betim Ao: Cersam Infantil. Encaminhamos o adolescente Severino, nascido em 1981, para avaliação de sua condição sócio-psicológica e possível tratamento, visto que o referido adolescente tem uma história de problemas neurológicos, conforme relatórios médicos, agressividade e envolvimento com drogas. Atualmente o mesmo se encontra no abrigo por medidas de segurança. Certos de vossa atenção, antecipamos cordiais agradecimentos. Atenciosamente.

19- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersami Em atendimento ao caso XXX/96 lhes encaminhamos a adolescente Marília – 13 anos pelos motivos abaixo citados: seu pai é alcoólatra e isso tem afetado muito a família. Segundo relatos de sua mãe, quando seu marido, pai de Marília, chega em casa embriagado, ela começa a comer espuma. Precisa urgentemente de uma avaliação e acompanhamento psicológico. Desde já agradecemos sua atenção. Atenciosamente.

20- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha o adolescente, Rafael 15 anos ao Cersami, pelos motivos abaixo citado. Em atendimento ao caso XXX/97 do adolescente acima citado, o mesmo vem tendo sérios problemas de total falta de interesse nas aulas e perdendo médias nos dois bimestres em quase todas as matérias, constatamos que o mesmo se encontra com baixa-estima, e conflito interno, onde o mesmo diz não saber os problemas que está acontecendo, mas sabe que seu comportamento está errado. Seus pais estão disposto a fazer o necessário para que seu filho possa ter melhor desempenho tanto em casa como na escola ou em outro lugar. Pedimos atendimento e avaliação do mesmo. Desde já agradecemos. Atenciosamente.

21- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha o adolescente Felipe ao Cersami pelos motivos abaixo citados: Felipe tem algumas reações que precisam ser avaliadas e acompanhadas por um psicólogo. Vive fugindo de casa e indo para outros estados. É um menino bastante “trabalhoso” para seus responsáveis. Atenciosamente.

- 22- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersami Atendimento XXX/96 Pessoa encaminhada: Mariane Motivos: - Pelos fatos da separação dos pais, a encaminhada está manifestando muita tristeza e chorando devido a ausência do pai. – Mariane ainda não está estudando e para que não haja bloqueamento nos estudos, que iniciarão ano que vem, acredito que este acompanhamento será de grande valia para a pequena. Desde já, agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.
- 23- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Atendimento XXX/96 Pessoa encaminhada: Fabiano Motivos: Devido ao péssimo relacionamento dos pais da criança encaminhada, incluindo ameaças de morte do pai para com a mãe do mesmo, Fabiano se tornou uma criança temerosa e apática; mudança esta, que preocupou até mesmo a supervisão da escola em que estuda. Uma vez tendo este Conselho ouvido seus pais, pudemos constatar a causa da crise interior que a criança vinha enfrentando. Após orientá-los e recebendo o retorno da mãe de Fabiano de que as coisas melhoraram muito após a intervenção do conselho, soubemos também que, desde então, a criança teve uma incrível melhora. Mesmo assim, gostaríamos que o mesmo fosse avaliado por um psicólogo. Para tanto, solicitamos o acompanhamento de um especialista desta equipe. Estaremos aguardando o retorno. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.
- 24- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Atendimento XXX/96 Pessoa encaminhada: Fabiane Motivos: A adolescente acima citada é filha de Alcione e pai desconhecido. Desde pequena foi criada pela avó, tentou ir morar com a mãe e o padrasto, é muito autoritária, faz o que quer, briga com todo mundo, enfim é muito revoltada. Quer ficar com a mãe mas, não aceita o padrasto. Solicitamos o atendimento da mesma. Desde já, agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.
- 25- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Atendimento no. xxx/97 Pessoa encaminhada: Camila – 13 anos Motivos: A adolescente acima citada, filha do Sr. Saliba e Sra. Cristina, passou por uma situação traumática, envolvendo seu irmão Saliba – 14 anos, a qual não foi ainda superada pela mesma. Seu irmão foi atraído para um

local deserto, por um homem de aproximadamente 25 anos, 1,80 m, cor escura, que o espancou severamente até desacordá-lo. Após espancar o menino, o estranho o estava arrastando para jogá-lo no rio, que passava nas proximidades, quando foi surpreendido por dois homens, tendo saído correndo. Os homens socorreram Saliba e o encaminharam para a UAI. Atualmente, Saliba faz tratamento psicológico neste Centro de Saúde, encaminhamento feito pela Escola, estando fisicamente bem. No entanto, tudo isso teve muita influência sobre Camila, necessitando a mesma de um tratamento psicológico, motivo pelo qual a encaminhamos. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.

26- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Atendimento xxx/96 Pessoa encaminhada Alberto – 8 anos. Motivos: A criança acima citada é filha da Sra. Joana e Roberto, está cursando a 1ª série do ensino fundamental. Segundo os relatos da mãe, o filho é muito rebelde, nervoso e agressivo. O mesmo não tem limites em casa e nem na escola, não gosta de estudar, bate em outras crianças, rasga a “lição de casa” e já passou por um neurologista. Solicitamos que o mesmo seja avaliado e acompanhado. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.

27- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I encaminha o adolescente Arnaldo – 14 anos ao Cersami, pelos motivos abaixo citados: O adolescente supra citado é filho de Marlene e José. O casal está separado a um bom tempo, e Arnaldo permaneceu morando com a mãe. Arnaldo é muito agressivo, não respeita ninguém, agridi sua mãe com palavrões, apresentando uma grande dificuldade de se relacionar. Pedimos a gentileza de atendê-lo, e tomarem as providências cabíveis. Certos de vosso pronto atendimento, agradeço.

28- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I encaminha o adolescente Marcelo, 14 anos ao Cersami. O adolescente é filho de Múcio e Hortência, o mesmo se apresenta muito rebelde, com dificuldade de se relacionar não respeita os professores, os seus colegas, suas notas estão péssimas, mata muitas aulas, está se envolvendo com a torcida organizada da galoucura (local para onde ele vai, quando mata as aulas). Não

está obedecendo seus pais. Pedimos a gentileza de atendê-lo e tomarem as devidas providências. Certos de vosso pronto-atendimento, agradecemos.

29- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha o adolescente Fabiano – 12 anos ao Cersami pelos motivos abaixo citados: o adolescente tem dificuldades na aprendizagem pois o mesmo tem 12 anos e está na 1ª série, em casa vem dando muito trabalho para a mãe, segundo a declarante o mesmo faz surf de trem e pega trazeiras em ônibus indo para outras cidades. Certos de vosso pronto atendimento, desde já agradecemos. Atenciosamente.

30- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersami Em atendimento ao caso xxx/95 encaminhamos a adolescente Roberta – 16 anos pelos motivos abaixo citados. Roberta é filha adotiva da Sra. Maria e ambas não tem bom relacionamento. Roberta é uma adolescente muito rebelde e agressiva e acusa sua mãe de espancá-la. A Sra. Maria toma remédios controlados. Segundo Roberta, a mãe mudou para com ela depois da morte do pai. Roberta é orfã de mãe e seu pai natural se encontra internado por problema de cirrose. Ela precisa de um acompanhamento psicológico e, se possível, em conjunto com a Sra. Maria. Desde já agradecemos. Atenciosamente.

31- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersami Em atendimento ao caso xxx/95 lhes encaminhamos a criança Wellington – 06 anos e sua mãe Júlia pelos motivos abaixo citados: a criança acima mencionada tem um comportamento agressivo. Segundo sua mãe, é altamente irrequieta e problemática. Foi violentada quando contava com 02 anos de idade. Por esses problemas, sua mãe se tornou muito repressora para com a criança, submetendo-a constantemente a tratamento publicamente vexatório. Solicitamos atendimento do caso. Desde já agradecemos.

32- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM encaminha Fábio ao Cersam pelos motivos abaixo citados: o encaminhado está envolvido com drogas, fazendo horrores dentro de casa, como: quebradeiras, roubos, agressões. Já tentou estuprar a própria irmã. Mantém relações sexuais

com animais, porca, galinha. Há 3 dias sua mãe acionou a polícia pois Fábio estava armado para matar o irmão. Solicitamos tratamento. Atenciosamente.

33- O CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I visando instruir o caso xxx/95 encaminha o adolescente Josias pelos motivos abaixo citados: O adolescente supra citado é filho da Sra Nilda (pai falecido). O mesmo tem epilepsia e, devido à mudança do médico que o assistia, o mesmo não tem feito acompanhamento, tomando seus remédios aleatoriamente. Tem desmaiado com frequência. Seu desempenho escolar também está comprometido, visto que o adolescente não consegue obter bom aproveitamento. Aguardaremos o retorno. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.

34- DO: CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BETIM/ Região I Para: Cersam Em atendimento ao caso xxx/96 Pessoa encaminhada: Marcelo – 9 anos Motivos: A criança acima citada, filha de Vânia, foi criado pela avó desde o seu nascimento até a idade de 2 anos e 7 meses, quando a mãe lhe buscou para com ela e seu companheiro Lúcio. Nesse período foi maltratado, espancado e abandonado pela mãe. Após 06 anos a avó vendo o sofrimento da criança, buscou-o novamente para junto do seu convívio, sendo que a mãe tentou várias vezes pegá-lo de volta. A avó decidiu então, entrar com o pedido de guarda da criança e hoje o mesmo está sob o seus cuidados, sendo que atualmente a mãe afirma não o querer mais. No entanto, a criança apresenta vários problemas. Na escola não consegue se adaptar, está cursando o pré-primário, sendo muito indisciplinado não só na escola, como também em casa. Segundo alegações de familiares Marcelo tentou manter relações sexuais com seu primo de 5 anos. Diante do exposto, pedimos que o mesmo seja avaliado e acompanhado por um psicólogo. Desde já agradecemos vossa atenção. Atenciosamente.

ANEXO III

OS ENCAMINHAMENTOS ESCOLARES

- 1- É uma criança muito agressiva, inquieta e atrevida. Já me agrediu fisicamente e verbalmente, o mesmo com os coleguinhas. Não aceita ordens e quer que tudo seja do seu jeito. Quando quer sabe fazer e é esperto, tem resposta para tudo. Gosta de lutas ou algo semelhante. Quando disse que sabe fazer, faz e comete erros como os outros colegas; precisa de auxílio para fazer as mesmas. Às vezes, quer sair da sala e não há nada que o faça mudar de idéia. Tento incentivar, conversar, mas não adianta. Finalizando, é uma criança muito esperta, mas, agressiva demais.
- 2- A aluna é uma menina esforçada, interessada, está sempre procurando explicação para o que não sabe ou melhor para o que não conseguiu fazer. Chega a ficar séria quando não consegue solucionar ou responder atividades dadas. Seu comportamento com a professora é de muita educação, é carinhosa até mesmo quando parece está nervosa. Com os coleguinhas não é de muita conversa dentro da sala de aula, mas fora da sala parece ficar mais solta, não é uma criança egoísta, é calma onde chega a ser bastante lenta no que diz e faz.
- 3- A minha preocupação com a menina é realmente muito grande. Já é seu terceiro ano frequente na primeira série e ela continua sem sobressair/destacar na aprendizagem. Seus conceitos estão entre regular e fraco, quando que, por ser uma aluna repetente já de 2 anos, era para estar muito bem, dominando os conteúdos, e isso infelizmente, não acontece. A disciplina é muito boa, faz suas tarefas de casa e também na sala de aula normalmente, e é por esse motivo, que não encontro justificativa para que ela não esteja aprendendo (bem). Se ela fosse uma criança que não fizesse o que é proposto, aí sim, teria um pouco de razão para não ser pelo menos 70% ou 80%. Diria que Meire está assim: - uma criança muito quieta para sua idade; - não gosta de participar de eventos escolares diferentes; - tem dificuldades para guardar as coisas; - não tem estímulos para enfrentar situações mais complicadas ou difíceis, como por exemplo, quando foram apresentadas as dificuldades na escrita/leitura (nh, lh, qu, rr...); - apresenta dificuldades para compor. Sua mãe me relatou que, quando menor, tinha

problemas com falta de ar (dando crises) tomava remédio controlado. Sinceramente espero que “ela” não apresente problemas sérios (ou nenhum) em relação à sua saúde mental, mas, mesmo sendo leiga no assunto, parece-me que existe algo de diferente, e, por esse motivo, orientei a mãe da menina para que procurasse especialistas, porque com certeza, o diagnóstico de vocês será preciso e absoluto. Na confiança de que farão o melhor que puderem para uma criança que merece e precisa ser feliz, me disponho para qualquer informação, não falando só como educadora, mas como mãe, que também sou.

- 4- É um aluno que veio transferido este ano de outro Estado. O tempo de convívio com o aluno é pouco, porque sou uma professora substituta, pude observar a distância existente entre a realidade da sala e a participação do aluno. Quanto a disciplina, o aluno é tranquilo, no entanto quase nunca acompanha o ritmo da sala na execução das tarefas (orais e escritas) Está quase sempre disperso.
- 5- Estamos encaminhando o aluno “Henrique” por apresentar um comportamento agressivo e indevido perante seus colegas, professores e demais funcionários da escola. Não tem noções de limites, apresentando também pouca motivação na aprendizagem, não se esforçando para resolver atividades em sala de aula. Quando repreendido na escola fica impassível e mudo, mostrando indiferença e falta de atenção para com a pessoa que está lhe dirigindo a palavra, dando pouca importância ao fato e a ação por ele praticada. Perante os pais o seu comportamento é diferente, mostrando ser uma criança que atende às solicitações familiares com mais facilidade do que na escola. Sem mais nada a declarar, despeço-me.
- 6- O Claiton está na primeira série. 7 anos. Não está demonstrando uma aprendizagem satisfatória. A aprendizagem dele está embutida, devido ao fato dele ter sido rejeitado na gravidez, segundo a mãe dele. Não tem concentração. Ele é calado na sala de aula. Muito desinteressado. Em casa é elétrico, ao contrário.
- 7- Saulo é aluno do CBAI. Percebe-se que é uma criança saudável, porém o nível de desenvolvimento cognitivo tem deixado a desejar. Tem grande falta de interesse em resolver as atividades propostas pela professora. É muito lento, por mais que a professora insista em ler e escrever, ele não demonstra qualquer interesse.

- 8- É uma aluna educada, caprichosa com seu material, amiga de seus colegas e professores e não tem nenhum problema de disciplina. O problema que a aluna apresenta é a dificuldade de aprendizagem, pois não consegue reter o que lhe foi ensinado. Já trabalhamos com ela individualmente, dando-lhe assistência, mas não conseguimos o nosso objetivo: que era alfabetizá-la e trabalhar conteúdo de matemática, pois a mesma demonstra ter muita dificuldade. Esperamos que vocês possam ajudá-la a vencer esta barreira, que será para nós motivo de muita alegria e realização.
- 9- Encaminhamos o aluno para uma avaliação junto ao psicólogo desta unidade. O mesmo se comporta de maneira muito agressiva dentro da sala de aula e não vem apresentando bons resultados em relação à aprendizagem. Segundo a mãe, o aluno fazia acompanhamento com psicólogo na cidade onde morava antes. Contamos com sua compreensão.
- 10- Venho através deste, encaminhar o aluno matriculado na segunda série neste estabelecimento de ensino, para que possa ser acompanhado por um psicólogo. Observações: Ela é agressiva, grita com os colegas, tumultua a turma, tem dificuldade na aprendizagem e pela terceira vez está repetindo a segunda série. Atenciosamente. (IMPRESSO)
- 11- Conforme pedido feito pela mãe encaminhamos o relatório do aluno da primeira série da turma da professora Lúcia. É uma criança de bom relacionamento com os colegas, convive, participa das brincadeiras e se entrosa de forma natural com os colegas de grupo de trabalho e da sala de aula. Demonstra dificuldades em executar tarefas pedidas em sala de aula, inclusive com dificuldade na escrita (coordenação motora fina). Podemos observar também, que o aluno mostra pouco interesse e atenção ao realizar as atividades mostrando um baixo nível de concentração no decorrer dos trabalhos. Gostaria que nos fosse enviado um retorno com relação ao trabalho realizado com este aluno. Atenciosamente.
- 12- O aluno tem 14 anos e está repetindo a terceira série. Vem dando problemas de disciplina. Desde o pré-escolar que ele dá trabalho as professoras e aos pais. Mas só agora que a mãe se conscientizou da necessidade que ele terá de um acompanhamento psicológico. É inquieto, revoltado. Gostaria que ele fosse

avaliado por vocês, para que nos ajudassem a um melhor atendimento com esse aluno.

- 13- Encaminho a aluno com 11 anos de idade, regularmente matriculado no corrente ano de 1996, Quinta série do primeiro grau para uma avaliação psicológica, visto que o mesmo é um aluno desinteressado e muito apático durante todas as aulas. É um aluno novato que veio transferido de outro Estado. A mãe procurou a escola para contar um pouco da vida escolar do mesmo. Contou que seus professores anteriores sempre se preocupavam muito com o comportamento apático e com sua lentidão, mas onde morava não tinha recursos e pediu se a escola tinha possibilidade de encaminhá-lo para uma avaliação. Obs. Teve problemas durante o parto. (IMPRESSO)
- 14- Ao neurologista. Pedimos avaliação de maturação viso-motora do menor, que apresentou ao Bender 05 (cinco) significativos e 0 (zero) altamente significativos de L.C. Parecer pedagógico: Não considera parágrafos, pontuação, coesão a textos. Vem regredindo a cada etapa. Matemática: apresenta algumas dificuldades. Falta de atenção. Agressivo. Atenciosamente. (IMPRESSO)
- 15- Encaminhamos ao CERSAMI o aluno regularmente matriculado que atualmente cursa a primeira série do primeiro grau no segundo turno, para acompanhamento psicológico. O mesmo vem apresentando: Agressividade com os colegas, professoras e demais funcionários da Escola, tanto a nível de vocabulário inadequado, quanto agressões físicas. O aluno demonstra quando alterado, nervosismo incontrolável, sendo apático em atividades em sala, O mesmo já repetiu a primeira série 4 (quatro) vezes. Atenciosamente.
- 16- É uma aluna que apresenta um comportamento em constantes alterações, suas atitudes são variadas durante todo o período da aula. Quando não acha dificuldades para fazer as atividades ela se mostra calma, satisfeita e tranquila.. Já quando não consegue fazer alguma coisa no mesmo instante se irrita, e diz que vai para uma escola melhor e acha que suas dificuldades são por causa da escola. É uma aluna do CBAI sem condições no momento de vencer as etapas já vistas. Tem pouca concentração e não memorisa o que é ensinado. As vezes o que faz dar-se para notar que é uma repetição do pouco que guardou dos anos passados.

- 17- Em 1995, na 1ª série, era nervoso, brigão e muito agressivo. Depois que iniciou o tratamento, ficou mais calmo e interessado pelas atividades e jogos escolares. Começou a ler e a brincar com os colegas quase sem agressividade. Em 1996, na 2ª série, apresenta momentos de agressividade (chega até a tremer), batendo nos colegas. Realiza as atividades de sala lentamente, lê sem fluência, mas tem interesse em participar. Revolta-se facilmente, lembrando situações traumáticas e reage intempestivamente.
- 18- Encaminhamos o menor, 05 anos, portador de deficiência auditiva (de leve a moderada) com diagnóstico ainda não concluído, para avaliação clínica junto a esse serviço e se possível o encaminhamento da mãe, para avaliação no serviço de saúde mental. Num primeiro contato, pudemos observar dificuldade de interação com o outro, principalmente por parte da mãe, a falta de clareza nas respostas, a confusão e desordem de pensamentos. Outras informações poderão ser obtidas junto à acompanhante. Nos colocando à disposição para quaisquer possíveis esclarecimentos.
- 19- Ao observar o aluno, chegamos a conclusão que ele está totalmente desinteressado as aulas. É lento e não se relaciona bem com a turma. Com isso seu aproveitamento dentro da sala de aula é fraco. Quando a professora exige muito dele dentro da sala de aula ele fica bastante nervoso chegando a gaguejar, fica trêmulo por isso a professora caminha devagar o que ocasiona um aproveitamento lento. A professora percebe que ele não tem maturidade, não conseguindo acompanhar a turma. Disciplina não tem problemas. Destacando os pontos positivos o aluno é muito carinhoso, exigindo muita atenção da professora (carente) querendo participá-la de todos os seus assuntos particulares. É alegre e muito sensível. Maiores informações e detalhes procurar a escola.
- 20- A criança constatou uma melhora significativa em sua vida escolar. A partir do momento em que foi recomendado à professora, a não fazer muita cobrança, a criança evoluiu bastante. Ficou independente, participativo e mais responsável. De acordo com suas notas, será provável a aprovação do mesmo. Maiores informações e detalhes procurar a escola. (mesma criança do enc. 21 sem especificação de data)

- 21- O aluno da 1ª série do 2º turno tem apresentado em seu desenvolvimento pouco sucesso. Destacamos os seguintes aspectos: alguns dias inquieto outro apático sem limites, sem concentração desatento quando lhe interessa.
- 22- Encaminhamos Fabian para possível atendimento. A escola sente que há necessidade de um acompanhamento por parte de um profissional especializado. (IMPRESSO)
- 23- Encaminho a aluna, idade de 14 anos, que necessita de uma avaliação psicológica por apresentar um desvio de personalidade. Atenciosamente.
- 24- Aluno da 2ª série (10 anos) apresenta muitas dificuldades quanto à aprendizagem. Tem dificuldades de relacionamento com os colegas e muitas vezes apresenta agressivo com os mesmos. É muito lento e ausente das coisas que o cercam. Tem muita dificuldade de memorização. Em entrevista não soube relatar o nome dos seus familiares (nome do pai (avô) e irmãos número de irmãos, idade endereço) Muito desorganizado, falta de capricho, não dá falta do material esquecido na sala de aula. Não gosta de concertar os seus erros nas atividades realizadas na sala de aula.
- 25- Declaro para os devidos fins que nosso aluno apresenta deficiências na aprendizagem e necessita de acompanhamento psicológico. Atenciosamente.
- 26- O aluno demonstra dificuldade em aprender, esquece com facilidade o que aprendeu é disperso a maioria das vezes, ele fica distante, sua atenção é desviada por qualquer motivo, quando é chamado atenção não reage é apático e isola em seu mundo é triste. Mas não é agressivo.
- 27- O aluno apresenta sérios problemas de relacionamento com seus colegas, briga o tempo inteiro. É bastante disperso e desinteressado. Só realiza as atividades se a professora insistir muito. Quando faz as atividades, não apresenta dificuldades.
- 28- Cabeçalho com identificação da criança e da escola. 1- Relato da ocorrência: grita de mais na sala de aula, agitada, brigando muito na sala de aula, nervosa. 2- Frequência da situação ocorrida: sempre 3- Recursos utilizados pelo professor(a), no entendimento com o aluno: - conversei com ela - regras criadas na escola sobre seu comportamento. 4- Observações (em branco) . Segue espaço para as assinaturas do aluno, do professor e 2 testemunhas, sendo que somente a professora assinou. (IMPRESSO)

- 29- Desde o começo do ano observamos o aluno. Percebemos nesse período que ele está com uma dificuldade em diferenciar letras de números, diferenciar cores. Ele não está conseguindo obter uma aprendizagem como a de seus coleguinhas. Chegamos a conclusão de que ele está precisando de uma orientação psicológica para que ele obtenha uma aprendizagem a nível de seus coleguinhas. O desempenho do aluno está devagar, disperso e com dificuldade de memorizar as atividades proporcionadas a idade do aluno. Seu comportamento dentro da sala de aula é normal, tem boa relação com seus colegas e com a professora. As músicas, brincadeiras, jogos proporcionais ao aluno seu comportamento e desempenho é normal. Se interessa muito com as atividades na sala de aula principalmente com coordenações. As idades de seus colegas está na média de cinco anos e sete meses, cinco anos e quatro meses.
- 30- A Escola do Bairro, encaminha `a Saúde do Escolar a criança, que vem apresentando inquietação escolar, falta de associação de idéias. Pede-se avaliação psicológica. (IMPRESSO)
- 31- Sugerir a mãe do aluno que o encaminhasse a uma avaliação psicológica, pois o seu comportamento escolar é muito difícil. Seu comportamento está interferindo também no comportamento das outras crianças e até mesmo no rendimento das aulas. Estou tendo muitas reclamações dos pais dos outros alunos, pois ele tem agredido os colegas. É agressivo também com a professora. Conversei com a mãe do aluno e pedi que ela não o mandasse mais as aulas até que tivesse parecer de uma especialista, pois dentro dos nossos conhecimentos já fizemos tudo que podíamos. Ele não tem nenhuma dificuldade em aprender qualquer atividade nova, mas só faz o que quer e quando quer. As atividades são interessantes e apreciadas pelas outras crianças no mesmo nível de aprendizagem. Se precisar mais algum detalhe pode me ligar.
- 32- Encaminho o aluno regularmente matriculado no corrente ano. 1ª suplência, para atendimento psicológico. O aluno é usuário de drogas. Faz uso frequente de drogas, principalmente em horário próximo ao início das aulas. Os alunos da escola tem conhecimento do fato pois já o viram drogado e o rejeitam. Apesar disto o aluno demonstra entusiasmo para estudar obtendo um bom rendimento na aprendizagem e se mostra respeitador. O aluno está com 17,8 anos.

33- Comportamento do aluno: No início do ano, a mãe não demonstrou interesse em ajudá-lo. – É uma criança dispersa. – Distrai por qualquer motivo. – Gosta de chamar atenção. – Não conseguiu se alfabetizar. – Não se interessa por nenhum conteúdo. – Apresenta dificuldades em todos os conteúdos. – Os pais são separados. – Não mora com a mãe nem com o pai. – Mora com os avós. – A mãe teve uma filha recentemente e, ele tem muito ciúmes. Seu comportamento modificou depois deste fato. – A mãe não compareceu no último encontro programado pela professora, mandou uma justificativa por escrito, dizendo que não preocupasse com a criança, porque em agosto ela iria tirá-lo da escola. – Quando foi solicitada novamente a tia compareceu no lugar da mãe. – O aluno freqüentou aula particular, sem obter sucesso. – Quando a professora solicita um favor ao aluno (recado), ele esquece em segundos o que lhe foi pedido. – É uma criança, que necessita da presença da professora o tempo todo ao seu lado. – Fala muito no pai, sobre a ausência e a falta de carinho. – Se relaciona bem com os colegas. – Está sempre pronto a atender as solicitações da professora. – É obediente e carinhoso com colegas e professores. – É pontual. – Tem boa higiene. – Participa e gosta muito das atividades extra-classe como educação física, biblioteca, filme etc... Obs: Favor entrar em contato conosco, para maiores esclarecimentos. Atenciosamente.

34- *Mesma criança do encaminhamento 33 um ano depois.* O aluno frequenta atualmente uma turma do CBAI nesta escola e, após um certo tempo decorrido do início das aulas a professora começou a enfrentar dificuldades com relação a suas atitudes. Às vezes participa da aula nas atividades orais. No entanto na maioria das vezes faz questão de atrapalhar a sequência das mesmas não atendendo a ordem pedida pela professora e assim, confundindo os colegas. Raramente participa das atividades escritas e apesar da cobrança (com carinho, dedicação e diálogo) sempre deixa a desejar. Geralmente é preciso permanecer na escola após o horário das 11 horas. É agressivo com relação aos colegas e até mesmo com a professora quando levanta de sua carteira, espalha seu material pelo chão, bate, grita e escarra nos colegas, sem que estes o tenham provocado. Suas atitudes tem criado bastante dificuldades para nós com relação a ele mesmo e também às demonstrações que tem dado aos colegas. Como trabalhar com a

sala e alunos que vêm situações tão constrangedoras e onde determinados alunos já estão com mudanças de comportamento?

- 35- A aluna nascida em 1988, foi matriculada nesta escola em 1995 apresentando dificuldades em : Conceitos matemáticos (todos). Coordenação motora (não conseguia segurar o lápis com firmeza não conseguia manusear corretamente a tesoura). Percepção visual. Coordenação motora grossa (não conseguia pular corda, não apresentava equilíbrio para caminhar sobre linhas retas e curvas). Comportamento: é uma criança amável, meiga e muito tranquila. Tranquilidade esta, que era perturbada quando, durante o desenvolvimento de determinadas atividades não conseguia ficava nervosa. Mas não era um nervosismo explosivo e sim inquietude e suadeira constante. Enquanto a professora ensinava em coletivo, a aluna ficava indiferente e nada produzia. Com o passar dos dias e o trabalho sendo desenvolvido, a aluna desenvolveu bastante coordenação motora fina, coordenação motora grossa e consegue assimilar pouco os conceitos matemáticos. Consegue escrever o nome completo e também ler algumas palavrinhas (dissílabas). Conclusão da observação: é uma criança que entrou para a escola apresentando todas as dificuldades. Não frequentou uma escola que a preparasse para alfabetização ou seja não desenvolveu os conceitos básicos que normalmente se faz com crianças até 05 anos. Portanto a alfabetização só se realiza em bom nível, quando a criança se encontra preparada com os conceitos bem desenvolvidos. Atenciosamente.
- 36- Aconselhei a mãe do aluno que procurasse o serviço de psicologia para uma avaliação psicológica, pois o aluno apresenta várias dificuldades e inseguranças. O pedido foi feito no princípio de abril, hoje já sinto uma melhora, mas longe do que gostaria. Desde que o recebemos empenhamos a ajudá-lo e já obtivemos resultados positivos, mas longe do desejado. Sente dificuldades até com tarefas para crianças de 3 anos. Ainda não reconhece as cores (nenhuma) nenhum numeral, mas conta até dez. Às vezes sente dificuldade em exercícios de percepção visual, mas já melhorou bastante na coordenação motora e hoje já consegue copiar todas as letras cursivas e manuscritas. Sente dificuldade em vestir-se sozinho, calçar. Não consegue transmitir recados simples (sente muito

embaraço). Ao relatar alguma coisa mistura muito os fatos. Se você preferir pode me ligar, será um prazer ajudar.

- 37- Urgente, o aluno apresenta os seguintes problemas na sala de aula. – É inquieto, levanta com frequência da carteira para andar pela sala. – É desinteressado, ficando longos períodos com o olhar perdido. – Começa a copiar uma matéria e interrompe a cópia, levando a professora a estar continuamente alertando-o para o trabalho. – É muito lento em tudo que faz. – Não apresenta grande dificuldade de aprendizagem, mas o rendimento é insatisfatório, devido as dificuldades anteriores. Atenciosamente.
- 38- É um aluno quieto, não é agressivo. Demonstra sempre estar distante. Apresenta muitas dificuldades de aprendizagem dizendo sempre: - Eu não sei fazer isto. Não participa das aulas. Apenas consegue copiar, mas não lê. Às vezes demonstra vontade de aprender e quando não consegue seu objetivo demonstra nervosismo, colocando as mãos na cabeça e balançando-a por alguns momentos. Nas aulas de educação física participa bem de todas as atividades, apenas com lentidão.