

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

PAULA LAMPÉ FIGUEIRA

“É TUDO PROBLEMA DE CABEÇA?”
**Sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar
no CRAPNEE em Vila Velha-ES**

**VITÓRIA
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

PAULA LAMPÉ FIGUEIRA

“É TUDO PROBLEMA DE CABEÇA?”
**Sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar
no CRAPNEE em Vila Velha-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luciana Vieira Caliman

**VITÓRIA
2012**

PAULA LAMPÉ FIGUEIRA

**“É TUDO PROBLEMA DE CABEÇA?”
Sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar
no CRAPNEE em Vila Velha-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO

Prof^a Dr^a Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Adriana Marcondes Machado
Universidade Federal de São Paulo
(Membro Externo – Universidade de São Paulo USP)

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Coelho Heckert
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro Interno)

Prof^a Dr^a Ana Paula Figueiredo Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo
(Professora convidada)

*“As palavras
Os discursos
A nova ordem mundial.
Todas as verdades incontestáveis do radical.
Parecem sons,
Parecem ondas que nunca poderemos ver
O ranço de verdade do que é o ideal.
Os loucos riem do presidente na TV,
Pois podem achar o que está velado sob o verbo
e o poder e a língua escondem...*

*A retitude
O orgulho
As boas em más intenções
E toda violência aplicada para o bem.
Sorrir quando se quer chorar
Sorrir parar viver
Parecem homens mortos pra quem pode perceber.*

*Os loucos riem de você a discursar
Pois podem ouvir...
Seu coração prefere não amar
Ele quer ser deus.*

*Na verdade não há nada além de ti
As palavras para o sim e pra viver
E o Português... virar Inglês...
E sua colônia, colonizar*

*Você pode denunciar a Hipocrisia
E o conflito de geração te destruir
E você vê que a inveja sempre existiu
E já encorajou você um dia!*

*Vou sorrir!
Vou chorar!
Vou saber!
Entender!*

Afasia...”

(Dead Fish – “Afasia”)

RESUMO

Essa pesquisa investiga como os movimentos de psiquiatrização da vida escolar atravessaram o CRAPNEE (Centro de Referência para Alunos Portadores de Necessidades Educativas Especiais), situado no município de Vila Velha-ES. Nossa tarefa foi a de problematizar o funcionamento e as práticas afirmadas no serviço bem como suas relações com uma certa forma de fazer e compreender as políticas de educação especial no bojo dos movimentos de psiquiatrização da vida escolar. Para tanto, utilizamos como ferramentas investigativas o caderno de campo, análise documental de prontuários e das Políticas de Educação Especial, e principalmente, entrevistas e conversas realizadas com profissionais do CRAPNEE e da Educação Especial do município de Vila Velha. Iniciamos nosso percurso com discussão acerca da constituição dos movimentos de psiquiatrização da vida e da infância como principal instrumento de generalização do saber psiquiátrico, bem como esses movimentos tem sido sustentados pela cultura somática e pelas cidadanias biológicas na atualidade. Adentramos o campo da educação, mostrando de que forma determinadas visões de mundo tem fortalecido a psiquiatrização da vida escolar. Encerramos nossa discussão trazendo histórias vivenciadas no cotidiano do CRAPNEE e relançamos nossas questões repensando as práticas de acolhimento e escuta atravessadas pelos movimentos de psiquiatrização da vida escolar.

Palavras-chave: Psiquiatrização, educação especial, vida escolar

ABSTRACT

This research investigates how the movements of the psychiatric school life across the CRAPNEE (Reference Center for Students with Special Educational Needs), located in the municipality of Vila Velha-ES). Our task was to discuss the operation and practices stated in the service and its relationship with a way to make and understand the special education policies in the wake of the movement of psychiatric school life. For such, we used as investigative tools the field notebook, desk review of medical records and Policies for Special Education, and most importantly, interviews and conversations with CRAPNEE professionals and those of Special Education in the municipality of Vila Velha. We began our journey with discussion about the constitution of the movements of life and psychiatric childhood as the main instrument of generalization of psychiatric knowledge, and these movements have been sustained by somatic culture and the biological citizenship today. We entered the field of education, showing how certain worldviews have strengthened the psychiatric school life. We ended our discussion by bringing stories experienced in CRAPNEE's daily routine and relaunched our questions rethinking welcoming and listening throughout movements of the psychiatric school life.

Keywords: psychiatric school life, Special Education, Learning Problems.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 – SOBRE A NECESSIDADE DE PROBLEMATIZAR O COTIDIANO | 8 |
| 2- A PSIQUIATRIZAÇÃO DA VIDA | 15 |
| 2.1 A constituição de uma medicina do não-patológico | 17 |
| 2.2 Família-célula: a família medicalizada | 18 |
| 2.3 A psiquiatria da infância e o nascimento da criança anormal | 21 |
| 2.4 A psiquiatria da vida na atualidade: cultura somática e cidadanias biológicas | 24 |
| 2.5 DSM: uma importante ferramenta legitimadora dos processos de psiquiatria | 28 |
| 2.6 Quando a vida escolar é marcada por fracassos | 32 |
| 3 – CRAPNEE NAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL | 37 |
| 3.1 Prática clínica ou pedagógica? | 40 |
| 3.2 Movimentos de psiquiatria no CRAPNEE e outros traços do serviço. | 47 |
| 3.3 Que práticas foram processadas? | 57 |
| 4 – HISTÓRIAS ANALISADORAS | 63 |
| 4.1 “Eu vim marcar uma receita...” | 63 |
| 4.2 “É tudo problema de cabeça!” | 68 |
| 5 – É TUDO PROBLEMA DE CABEÇA? | 73 |
| 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 76 |

1 – A NECESSIDADE DE PROBLEMATIZAR O COTIDIANO

Essa pesquisa conta a história de uma experiência profissional atravessada por muitos incômodos e indagações, visando a problematizar as nossas práticas profissionais e determinadas visões de mundo que elas atualizam. A pesquisa surge portanto da necessidade de intensificar espantos, “de criar espaços de questionamento do instituído” (MACHADO, 2007, p.126), da necessidade de construir uma teoria sobre o rumor das práticas cotidianas que reinventa uma multiplicidade que impede a redução da vida a lugares definidos e cristalizados. Constitui-se, portanto, da insistência em tensionar as formas instituídas em nosso modo de viver (FREITAS, 2012), da necessidade de problematizar o cotidiano.

No período de 2009 a 2010 trabalhei como psicóloga contratada pela Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de Vila Velha. A princípio, imaginei que fosse atuar nas escolas, mas no momento da contratação soube que iria trabalhar num lugar chamado “CRAPNER”. Naquele momento, não havia ninguém que pudesse me responder claramente que serviço era esse e muito menos onde estava localizado.

“Você vai para o *CRAPNER*”

“*CRAPNER*? Que lugar é esse?”

“Eu não sei, acho que é um lugar que atende crianças com problemas de aprendizagem. Também não sei onde fica, tem que ligar pra lá.”

O *CRAPNEE* (e não *CRAPNER*, como o rapaz da Secretaria de Educação havia dito) era, na verdade, um Centro de Referência para Alunos Portadores de Necessidades Educativas Especiais. Apesar de desconhecido por muitos, já existia na prefeitura de Vila Velha há quase 10 anos. Durante toda a sua existência funcionou em casas alugadas pela prefeitura, com estrutura física precária, “caindo aos pedaços” e insuficiente para comportar a quantidade de profissionais que compunha a equipe técnica. Não podemos deixar de destacar que o vínculo empregatício desses profissionais era baseado em contratos temporários, em sua maioria sustentados por indicações políticas.

Teoricamente, o CRAPNEE foi criado para atender os alunos da educação especial do município, por isso, a nosso ver, imaginávamos que atenderíamos crianças com algum tipo de deficiência física, visual ou auditiva ou com algum tipo de síndrome. No entanto, grande parte das queixas endereçadas ao serviço pouco tinham a ver com esse público, o que chegava ao CRAPNEE era uma variedade de queixas de “problemas de aprendizagem” e “fracasso escolar”, através de relatórios pedagógicos, geralmente escritos por professores do ensino regular, da educação especial, pedagogos, coordenadores e diretores das escolas.

“O aluno fica nervoso ao fazer as tarefas e não consegue permanecer por muito tempo parado para realização das atividades”.

“A aluna necessita de ajuda da professora de educação especial e acompanhamento psicológico e fazer uso de medicamento para conseguir avançar na aprendizagem.”

“Comportamento inadequado e atrapalha o andamento das aulas com frequência.”

“O aluno é muito lento e não tem concentração, por isso é preciso atenção da professora o tempo todo realizando intervenções.”

“Apresenta grande dificuldade de aprendizagem, não consegue realizar as atividades sozinho, tornando-se dependente do professor. Sua letra não é legível, tem dificuldade em se comunicar.”

“Pedimos encarecidamente encaminhamento do aluno para o psiquiatra, neuropediatra, ou neurologista, pois percebe-se a necessidade de terapêutica medicamentosa em decorrência da sua falta de controle e agressividade após o recreio.”

“Na escola está tendo desenvolvimento muito bom em relação à leitura, escrita e produção de texto, no entanto, apresenta comportamento impossível, não respeita ninguém. Xinga palavras impróprias para o ambiente, não obedece ordens.”

Diante dessas queixas¹, acreditamos que é possível que o rapaz da Secretaria de Educação tivesse razão: o CRAPNEE estava ali para, de fato, acolher alunos com “problemas de aprendizagem”. A equipe técnica do serviço era constituída predominantemente por profissionais da saúde (psiquiatra, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais). Profissionais que, corriqueiramente, a escola endereça os seus pedidos de socorro diante das dificuldades vividas em seu dia a dia.

¹ Os exemplos apresentados aqui são trechos de relatórios pedagógicos provenientes de diferentes escolas da rede municipal de ensino do município de Vila Velha.

A pergunta-problema inaugural de nossa discussão – *é tudo problema de cabeça?* – emergiu do contexto da minha experiência como psicóloga no CRAPNEE. Surge durante o atendimento de um menino que chega até mim com o resultado de um exame de eletroencefalograma nas mãos e diz:

“Você tá vendo isso aqui? É tudo problema, é tudo problema!”

Pergunto a ele: “*é tudo problema?* Como assim?”

E o menino me responde com muita convicção:

“*É tudo problema de cabeça!*”

Prossegui o atendimento com muitas tentativas de desconstruir e problematizar a afirmação do menino, mas parecia que de nada adiantaram os meus esforços. Para aquele menino que, assim como tantos outros atendidos no CRAPNEE, tinha a sua trajetória escolar marcada por “problemas de aprendizagem”, fazia todo o sentido acreditar que o eletroencefalograma era um exame que servia mesmo para detectar “problemas de cabeça”. Percebi que a afirmação do menino tinha uma potência tremenda que colocou um problema não só na minha cabeça, mas no corpo, que dia após dia se presentificava naquele serviço.

É tudo problema de cabeça no CRAPNEE? O que isso pode nos dizer? O que torna possível essa afirmação? Que sentidos e que efeitos podem ser produzidos através dela? Significa dizer que problemas vividos pelas crianças em suas trajetórias escolares têm causas orgânicas e são signos de uma patologia do corpo (ou da cabeça)? Que o problema é individual do aluno e que a escola não tem nada a ver com isso? Tratando-se de um problema biológico, é um problema real e que não tem cura? Significa que, por ser considerado biológico e patológico, é um problema legítimo e, por isso, pode garantir direitos ao aluno, como direito à educação especial, direito a passe-livre de ônibus, direito a ser tratado numa instituição especializada?

O objetivo de nossa pesquisa foi problematizar o funcionamento e as práticas afirmadas no e pelo CRAPNEE, e suas relações com uma certa forma de fazer e compreender as políticas de educação especial, no bojo dos movimentos de psiquiatrização da vida escolar. Mas que lugar era aquele do CRAPNEE? A que ele se propunha? Como funcionava? Que pessoas fizeram parte dele? Como trabalhavam? Que práticas foram

processadas em seu cotidiano? O que elas nos diziam? Como a instituição se relacionava ou se inseria no projeto de educação especial do município?

Foi fundamental analisá-lo inserido no contexto mais amplo das Políticas Públicas de Educação e Educação Especial do município de Vila Velha. Para investigar a proposta de criação do serviço e a forma como o CRAPNEE se inseriu nas Políticas de Educação Especial, foi necessária a leitura e análise dos seguintes documentos: *Política Municipal de Educação Especial* (VILA VELHA, 2008), o *Projeto de Implantação do CRAPNEE* (VILA VELHA, 2001), a *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (MEC/SEESP, 2007) e as *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica* (BRASIL, 1996).

Num lugar onde tudo acontecia na base do papel e relatórios eram as principais vias de comunicação intra-institucional e com as escolas, a análise documental se fez indispensável. Por isso, os prontuários foram uma ferramenta potente para a nossa pesquisa. Fizemos a leitura de 115 prontuários de alunos que estavam em atendimento nos setores de psicologia e/ou fonoaudiologia em dezembro de 2010. Sabíamos, no entanto, que, como fonte de investigação, os prontuários não poderiam mostrar tudo o que ocorria no CRAPNEE e que também deixavam escapar os efeitos que suas práticas produziam nas pessoas direta e indiretamente implicadas em seu funcionamento. Não fizemos uma análise sistemática desses prontuários e por isso a nossa leitura foi em busca de fragmentos de histórias, sabendo que estes eram apenas alguns pedaços de narrativas dentre tantas outras. Era preciso analisar, portanto, quais eram as narrativas ou registros de vida priorizados, ou ao menos registrados, pelo CRAPNEE, diante de tantos possíveis e assim pensar os prontuários como via de acesso ao que era produzido na instituição e sua forma de funcionamento.

Além desses 115 prontuários da psicologia e fonoaudiologia, havia também outro arquivo mantido em cerca de 20 cadernos de capa dura nos quais o psiquiatra fazia os registros de seus atendimentos, que no ano de 2010 foram mais de 600! Mas qual seria o sentido da separação desses registros? De que forma eles dialogavam entre si? Afinal, onde estavam esses outros alunos que não eram atendidos nem por psicólogo e nem por fonoaudiólogo, mas que passaram pelo psiquiatra do CRAPNEE pelo menos uma vez

no ano de 2010? O que essa separação dos arquivos poderia nos dizer acerca do funcionamento deste serviço?

Destacamos que a leitura dos prontuários e dos registros do psiquiatra foram as estratégias possíveis que encontramos diante da situação do CRAPNEE no período de produção de dados para a nossa pesquisa, onde as atividades estavam paralisadas para constituição de uma nova equipe e um novo plano de trabalho, que posteriormente culminou no fechamento definitivo do serviço. Os motivos reais do fechamento, ninguém sabia informar. Alguns diziam que a educação não poderia bancar serviços voltados para a área da saúde. Outros, simplesmente diziam que não poderiam nos dar nenhuma informação sobre o fato. O CRAPNEE fechou suas portas num clima nebuloso, permeado de muitas dúvidas e incertezas, entre ditos e não ditos. Perdemos o contato com as escolas, com os alunos e suas famílias. Mas, afinal, qual seria o sentido de falar de um serviço que não existe mais?

Vimos que os processos históricos que constituíram o CRAPNEE e as instituições² que o atravessaram continuam a existir mesmo com o fechamento do estabelecimento. Processos e instituições que nunca dependeram dele para existir, mas que foram fortalecidos cotidianamente pelas práticas efetivadas no serviço. Colocar esses movimentos em análise só foi possível com o fechamento do CRAPNEE, talvez porque realmente precisasse ser fechado para ser repensado tanto pelos profissionais que ali atuaram (inclusive eu) quanto para a possibilidade de criação de algo novo que fortalecesse práticas mais libertadoras e potencializadoras de vida.

Por isso, foi preciso habitar o nosso campo escolhido por duas vezes para que a pesquisa acontecesse. Entrei no campo pela primeira vez como um dos componentes do CRAPNEE. Nesse momento a dificuldade em analisar os movimentos que atravessavam o estabelecimento – e, portanto, me atravessavam – foi enorme. Foi preciso sair do CRAPNEE como parte da equipe técnica e retornar de outra forma, como pesquisadora. Esse distanciamento nos permitiu colocar em análise os processos e instituições que o atravessaram.

² De acordo com Lourau (2004), instituições são normas, relações sociais reais, cujo conteúdo é formado pela articulação histórica de indivíduos, grupos, coletividades e as normas sociais já existentes. “Atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica, do grupo, do indivíduo” (LOURAU, 200, p.71)

O dia a dia no CRAPNEE sempre fora marcado por muitos “espantos”, alguns deles atravessados também por uma certa ingenuidade. Acreditar que trabalhar na educação especial (de Vila Velha!) seria atuar “naturalmente” de uma determinada forma nas escolas era já uma visão que desconsiderava a história das práticas hegemônicas de articulação entre saúde e educação instituídas naquele campo. Pensar ou idealizar um certo “público alvo” da educação especial desconsiderava o caráter diverso e plural da política no seu feitiço local e cotidiano. Por isso, intensificar tais espantos significou escutar o que eles nos diziam, perceber o incômodo gerado, analisar de que forma foram produzidos e assim poder dizer algo sobre eles.

Durante e após o processo de fechamento do CRAPNEE, fizemos entrevistas com alguns profissionais que lá trabalharam³ e com um dos gestores⁴ do núcleo de educação especial de Vila Velha. O objetivo das entrevistas era conhecer e colocar em análise os funcionamentos e práticas que vigoraram no CRAPNEE, a partir da experiência e da fala dos profissionais da psicologia, da fonoaudiologia e do serviço social que, em algum momento, fizeram parte da equipe do serviço. Ao mesmo tempo, tais entrevistas tornaram-se espaço de conversa e troca com profissionais que conheci no serviço, mas com os quais quase nunca sentei para dizer do mesmo ou para pensá-lo conjuntamente.

Demos seguimento ao nosso percurso teórico com a discussão acerca da constituição dos movimentos de psiquiatrização da vida e da infância como principal instrumento de generalização do saber psiquiátrico (FOUCAULT, 2010; DONZELOT, 1986; LOBO, 2008; CAPONI, 2009), e como esses movimentos são sustentados pela cultura somática e pelas cidadanias biológicas na atualidade (ROSE, 2007; CALIMAN, 2006; COSTA, 2005). No final dessa discussão, começamos a adentrar o campo da educação, mostrando de que forma determinadas visões de mundo têm sustentado a psiquiatrização da vida escolar (DE SOUZA, 1997; MACHADO, 1996; PATTO, 1990; DE OLIVEIRA, 2001).

³ Uma psicóloga, um psiquiatra, uma fonoaudióloga e uma assistente social.

⁴ Na fase das entrevistas, uma nova gestora tinha acabado de assumir a coordenação do núcleo e recusou-se a dar a entrevista, indicando o coordenador de duas gestões passadas.

No terceiro capítulo falaremos especificamente do CRAPNEE, discutindo como as Políticas de Educação Especial foram atualizadas em seu cotidiano. Será nesse capítulo também que discutiremos sobre como os movimentos de psiquiatrização e outros processos atravessaram o CRAPNEE problematizando alguns de seus modos de funcionamento. No quarto capítulo, contaremos duas histórias vivenciadas no CRAPNEE, que, a nosso ver, são histórias analisadoras, que por si só têm muito a nos dizer.

2 – A PSIQUIATRIZAÇÃO DA VIDA

A idéia de que problemas cotidianos podem ser diagnosticados e tratados pela medicina é uma tendência antiga e ao mesmo tempo um traço cada vez mais comum dos nossos tempos. A medicalização dos comportamentos humanos considerados socialmente indesejáveis, ao menos nas sociedades ocidentais, se estendeu a praticamente todos ou quase todos os domínios da existência (CONRAD 2007, CAPONI, 2009). Explicações neurobiológicas e genéticas para comportamentos e sentimentos, sejam eles considerados normais ou patológicos, são assuntos tanto das mais prestigiosas revistas científicas quanto de jornais e revistas da mídia comum.

Para Costa (2005), a crença de que comportamentos e sentimentos têm causas e origens físicas e que aspirações morais devem seguir determinados modelos ideais presentifica-se cada vez mais na atualidade. Na atual cultura somática, nos acostumamos a entender e a explicar a natureza da vida psíquica e das condutas éticas pelo conhecimento da materialidade corporal (COSTA, 2005).

Embora o processo de biologização da vida e a busca pela localização material (principalmente cerebral) da mente não seja algo recente (CALIMAN, 2006), nas duas últimas décadas, com o investimento maciço em pesquisas que investigam o funcionamento cerebral, vemos que as relações entre o corpo e o psíquico se estreitaram. Estas pesquisas, que revelam supostas correspondências entre atividades cerebrais e funções mentais, têm ampliado significativamente o conhecimento científico das interações entre o físico e o psicológico, bem como têm servido como base para a produção de fortes dispositivos que sustentam a cultura somática.

Neste processo de fortalecimento da cultura somática e das explicações biomédicas para os comportamentos definidos como normais e anormais, os diagnósticos médicos, principalmente psiquiátricos, se tornaram um dispositivo importante na explicação e intervenção dos processos de escolarização considerados “problemáticos”. Mas não é de hoje que a combinação entre as ciências biomédicas e a educação tem marcado as práticas de intervenção sobre os problemas enfrentados pelas crianças ao ingressarem no universo escolar. Dessa forma, para entender esse processo, fizemos uma

investigação que não é inédita, porém essencial para a nossa discussão. Foucault (2010), Donzelot (1986), Caponi (2009), Dupanloup (2004), Lobo (2008), Patto (1990), De Oliveira (2001), Machado (1997), Werner (2000), entre outros autores, já nos trouxeram importantíssimas contribuições a respeito da estreita relação entre o saber biomédico e pedagógico nos processos de escolarização.

Abordaremos aqui a questão da constituição da psiquiatria como a medicina do não-patológico, de acordo com os estudos de Foucault (2010). Nos séculos XIX e XX, a psiquiatria deixou de abordar o domínio da alienação mental e se configurou como um ramo especializado da higiene pública, que visava a prevenção e a eventual cura da doença mental como estratégia de precaução social, necessária contra os supostos perigos decorrentes da existência de comportamentos considerados anormais ou desviantes. Mostraremos como a infância foi objeto e instrumento privilegiados dessa construção, oferecendo a consistência necessária ao saber e às práticas de normalização de todas as outras etapas e dimensões da vida social e individual (LOBO, 2008). A psiquiatrização da infância foi marcada pela difusão dos saberes biomédico e pedagógico, que teve como efeito a produção da idéia de criança anormal (FOUCAULT, 2010) e da criança instável (DUPANLOUP, 2004; LOBO, 2008).

Veremos, portanto, que a combinação entre higienismo, psiquiatria, psicologia e pedagogia marca historicamente as práticas de intervenção sobre a infância anormal e sobre os problemas enfrentados pelas crianças ao ingressarem no universo escolar. Na atualidade, o encaminhamento para atendimento médico e psicológico das dificuldades de aprendizagem é uma prática bastante comum de muitos profissionais da área da educação, sustentada por avaliações diagnósticas, com professores atribuindo os problemas das crianças a falhas na atividade cerebral ou a desestruturação familiar por exemplo. É importante enfatizar também que a exigência de um laudo médico ou psicológico para garantir o direito da criança estar numa classe especial tem sido cada vez mais frequente nesse cenário (MACHADO & DE SOUZA, 1997). Todo esse processo (dentre outros) tem fortalecido cada vez mais a idéia de que os ditos “problemas de aprendizagem” sejam entendidos como “problemas de cabeça”.

2.1 A constituição de uma medicina do não-patológico

A tendência de construir explicações biológicas e médicas para comportamentos socialmente indesejados ou desviantes como o sentimento de melancolia ou de tristeza (a chamada depressão) e a infância problemática (nomeada de diversos modos ao longo da história) caracterizou grande parte do discurso higienista entre os séculos XIX e XX (CAPONI, 2007). A princípio, essa tendência não configurou a psiquiatria como uma especialização do saber médico, mas principalmente como um ramo da higiene pública.

Antes de ser uma especialidade médica, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular de proteção social contra os perigos relacionados, direta ou indiretamente, a doenças ou comportamentos que pudessem colocar a sociedade em risco. A psiquiatria se institucionalizou como higiene de todo o corpo social, configurando-se, portanto, como “a medicina do não-patológico” (FOUCAULT, 2010), abrangendo em seu campo as condutas consideradas anormais ou desviantes às regras de conformidade e ordem social, para além da questão da alienação mental.

Caponi (2009) afirma que a psiquiatria transformou-se num domínio de saber tanto intra quanto extra-asilar, na medida em que passou a se referir tanto ao campo da alienação mental quanto aos variados problemas cotidianos da vida. Com essa nova organização, a psiquiatria passou a classificar como sintomas fenômenos que até então não eram definidos como doença mental. A psiquiatria mudou radicalmente o seu objeto de estudo e suas formas de intervenção, abrangendo uma série de condutas que, até então, só tinham status moral, disciplinar ou judiciário. A partir daí, todas as condutas desviantes à norma social tornaram-se possíveis de ser psiquiatrizáveis (CAPONI, 2009; FOUCAULT, 2010).

Caponi (2009), Foucault (2010), Lobo (2008) dentre outros autores afirmam que a desalienação da psiquiatria foi possibilitada pela expansão da teoria da degeneração proposta por Morel, na qual diversas condutas tornaram-se possíveis alvos de intervenção médico-psiquiátrica (CAPONI, 2009). Segundo os autores, com essa teoria iniciou-se um novo modo de intervenção sobre os indivíduos, colaborando para o surgimento de novas classificações de doenças, permitindo a expansão de um conjunto de patologias comportamentais na segunda metade do século XIX. Caponi (2009)

aponta que foi a partir da publicação das teorias de Morel que se configurou um novo modo de pensar as doenças mentais, incluindo junto com os delírios e alucinações, um conjunto de condutas e características físicas entendidas como desvio patológico da normalidade. Além disso, a autora mostra que os degeneracionistas consideravam a hereditariedade de algumas patologias e o caráter evolutivo dos sofrimentos psíquicos como aspectos importantes da doença mental. Por isso, interessava a psiquiatria não só a observação dos sintomas do paciente, mas também a análise dos possíveis sinais patológicos na infância e do histórico familiar (CAPONI, 2011).

2.2 Família célula: a família medicalizada

De forma geral, no final do século XIX e início do século XX, médicos, higienistas e psiquiatras centravam as explicações de condutas consideradas socialmente indesejadas no caráter hereditário e orgânico dos desvios. Estava em voga um determinismo biológico sem localização precisa. Diante a impossibilidade que os primeiros estudos neurológicos encontraram para localizar lesões cerebrais como causa para supostos desvios de conduta, a psiquiatria construiu um grande corpo ampliado, que é o da *família afetada por patologias*, como aponta Caponi (2007), ou a *família medicalizada*, como assinala Foucault (2010). Os autores mostram que por volta das décadas de 1820-1840, a preocupação com o histórico patológico familiar era indispensável na prática psiquiátrica. A funcionalidade dessas atribuições não se vinculava às doenças chamadas hoje de hereditárias, mas aos estudos de condutas indesejadas. Assim, a hereditariedade tornou-se uma forma de dar corpo às patologias e condutas que não tinham uma localização precisa (CAPONI, 2007).

A constituição de um novo corpo familiar no final do século XVIII (ARIÈS, 1978; DONZELOT, 1986) é uma das peças-chave para entendermos este processo. O grande número de mortes das crianças estava vinculado principalmente às condições de nutrição observadas tanto nas famílias burguesas quanto nas populares, que era a prática de aleitamento pelas amas-de-leite. O problema também estava associado a numerosos abandonos das crianças de famílias pobres, órfãs e de filhos bastardos das famílias burguesas. Com isso, houve um aumento significativo dos gastos do Estado com a rede de assistência às crianças abandonadas (constituída desde o século XVII) nas cidades

onde se observava um enorme crescimento populacional e um aumento da pobreza urbana (DONZELOT, 1986).

A precariedade das práticas de nutrição nas famílias burguesas e a necessidade de economia nos gastos com as políticas de assistência fizeram com que a intervenção da medicina pelo governo fosse uma forma de melhoria das condições de saúde para a garantia de sobrevivência dos indivíduos (DONZELOT, 2001). Assim, o modelo de família que emergiu nessa época foi marcado por uma maior preocupação com aspectos relacionados à saúde, longevidade, procriação e sexualidade, onde se priorizava a preservação do corpo limpo e saudável de seus integrantes bem como a manutenção do espaço organizado e arejado. Foi nesse contexto que se construiu a noção de infância conforme conhecemos hoje, entendida como tempo de desenvolvimento, preparo para a vida adulta e tempo de prevenção das doenças debilitadoras da saúde, das doenças mentais, bem como da criminalidade (GUARIDO & VOLTOLINI, 2009).

Até o século XVIII, a família era responsável apenas pela garantia da sobrevivência das crianças e pela transmissão do nome e dos bens, não se constituindo, portanto, como o lugar da afetividade, privacidade e intimidade conforme vemos na atualidade. A construção da noção de infância produziu uma diferenciação e separação entre crianças e adultos, passando a ser vista como um período especial de dependência e de preparo para a entrada no mundo adulto, na qual a escola foi a grande responsável pelos cuidados da criança (ARIÈS, 1978).

Foucault (2010) se refere à constituição da família-célula como um núcleo restrito e inteiramente saturado pelas relações pais-filhos. A sexualidade perseguida e proibida da criança foi um dos elementos constituintes da formação desse novo arranjo familiar, onde o corpo da criança tornou-se o centro das atenções. Ao mesmo tempo em que a família-célula se fechou num espaço afetivo, ela foi investida de uma racionalidade que a liga ao saber-poder médico, tornando-se, portanto, uma família medicalizada.

Restringindo assim a família, dando-lhe uma aparência tão compacta e estreita, faz-se que ela fique efetivamente penetrável por certo tipo de poder; faz-se que ela fique penetrável por toda uma técnica de poder, de que a medicina e os médicos são transmissores junto às famílias (FOUCAULT, 2010, p.222).

A família-célula aproximou o saber médico e a sexualidade, se tornando princípio de determinação, de discriminação da sexualidade e também o princípio de correção do anormal. A família se configurou, portanto, como agente medicalizante e normatizador da infância, onde os pais ficaram incumbidos da missão de serem capazes de diagnosticar as doenças de seus filhos assim como fazem os terapeutas ou agentes de saúde. Entretanto, esse controle familiar deve ser sempre subordinado ao saber médico (FOUCAULT, 2010).

A sexualidade infantil foi um dos dispositivos que permitiram deslocar a criança do meio da sua família para o espaço institucionalizado e normatizado da educação. Essa sexualidade investida e constituída no interior da família, que desde o final do século XVIII já era controlada pelo saber médico, foi retomada em meados do século XIX para fazer parte do grande domínio das anomalias. (FOUCAULT, 2010).

O interesse político e econômico que se começa a descobrir na sobrevivência da criança é certamente um dos motivos pelos quais se quis substituir a complexa e polimorfa família relacional pelo aparelho limitado, intenso e constante da vigilância familiar. Os pais devem cuidar de seus filhos impedindo que eles morram, devem vigiá-los e educá-los, mas essa educação, segundo Foucault (2010) deveria seguir um determinado número de regras que garantiam a sobrevivência das crianças de um lado, e sua educação e desenvolvimento normalizado, do outro. “Ora, essas regras e a racionalidade dessas regras são detidas por instâncias como os educadores, como os médicos, como o saber pedagógico, como o saber médico” (FOUCAULT, 2010, p.222).

No momento em que se pediu que as famílias assumissem o próprio corpo dos filhos e que garantissem a sua vida e sobrevivência, também se pediu que abrissem mão do poder que exerciam sobre eles. As famílias deveriam manter seus filhos fortes, sadios, dóceis e aptos para depois ingressarem no sistema de educação. Portanto, atribuiu-se aos pais uma suposta posse e controle do corpo infantil, mas que em um momento posterior lhes escapou. Mas foi graças a essa posse do corpo infantil que as famílias entregaram um outro corpo da criança ao Estado, “que é seu corpo de desempenho ou de aptidão” (FOUCAULT, 2010, p.224).

De Oliveira (2001) aponta que ao mesmo tempo em que a família passou a ter importância central em relação a criança, também deixou de ser considerada devidamente capacitada para educar seus filhos, tornando necessário instruí-la com conhecimentos que ela naturalmente não possui ou resiste a incorporar devido aos velhos costumes. Na medida em que o Estado não podia invadir a intimidade da família, o dispositivo médico penetrou na organização da nova dinâmica familiar, para que pudesse controlá-la sem atingir as liberdades individuais ou produzir atritos. O saber médico não poderia dizer se o poder do pai sobre o filho ou a mulher era legal ou ilegal, mas poderia apontar a família como competente ou incompetente, ignorante ou esclarecida em relação às normas higiênicas desejadas.

2.3 Psiquiatrização da infância e o nascimento da criança anormal.

De Oliveira (2001) explica que foi a Medicina Higienista que produziu os princípios de uma Pedagogia Higienista, a grande aliada das famílias e do Estado nessa nova organização econômica e subjetiva. Baseada no saber médico e através de conhecimentos científicos e morais, a escola passou a apontar as crianças normais e anormais tomando como referência seus comportamentos e suas condutas: distinguir quem é capaz ou incapaz para o trabalho e disciplinarizar os sujeitos considerados anormais.

A intervenção dos higienistas⁵ na educação foi desde a normatização do espaço físico escolar até a definição do tipo de relação a ser estabelecida entre os professores e alunos, visando à “obtenção de uma juventude hígida e instruída, considerada necessária à construção do que se entendia por um país saudável”⁶ (WERNER, 2000, p.37). Ao ressaltar uma determinada noção de saúde como condição necessária ao aprendizado, a medicina higienista criou as bases para justificar o fracasso escolar como efeito de alguma doença ou deficiência.

⁵ A Saúde Pública no Brasil no final do século XIX e início do século XX caracterizou-se por ações de inspeção e controle dos indivíduos, através de medidas enérgicas e autoritárias (LOBO, 2008; WERNER, 2000). Essas medidas visavam a erradicar as epidemias de doenças como varíola e febre amarela na população, através de campanhas de vacinação e erradicação das doenças.

⁶ Entre as ações dirigidas à saúde da população infantil destaca-se a higienização do ambiente escolar, as quais originaram o modelo da “saúde escolar” (WERNER, 2000). Tratava-se de um conjunto de medidas dirigidas ao saneamento do ambiente escolar, visando a impedir a propagação de doenças transmissíveis.

Dupanloup (2004) considera que o movimento higienista, a prevenção da loucura e da delinquência e o interesse pela psicométrica efetivaram uma vigilância maior diante dos problemas comportamentais e emocionais infantis, cuja interpretação se deslocou da noção de doença para a de inadaptação, passando pelos conceitos de anomalia, debilidade, idiotia, imbecilidade, indisciplina, disfunção, anormalidade e de transtorno psiquiátrico.

Foucault (2010) nos mostra que a partir dos séculos XIX e XX a psiquiatria se configurou como um ramo especializado da higiene pública, cujo objetivo era a prevenção e a eventual cura da doença mental como estratégia de precaução social, necessária contra os supostos perigos decorrentes de comportamentos socialmente indesejados, deixando de abordar o domínio da alienação mental para incidir sobre as condutas consideradas desviantes. A infância foi um dos principais objetos dessa construção, oferecendo a consistência necessária ao saber e às práticas de normalização de todas as outras etapas e dimensões da vida social e individual.

Mais próxima da origem, por isso sujeita à desordenação dos instintos, a apreensão de certas características regulares de seu desenvolvimento deu-se por meio daqueles que apresentavam variações negativas dessas mesmas características (...) A transparência das normas da infância ofereceu a consistência necessária ao saber e às práticas de normalização de todas as outras etapas da vida – e, ainda, a todas as dimensões da vida social e individual (Lobo, 2008, p. 374)

A psiquiatrização da infância foi marcada pela difusão dos saberes médico e pedagógico, culminando no surgimento da idéia de criança anormal. (FOUCAULT, 2010). Porém, não foi a criança louca, mas sim a idiota que originou a psiquiatrização da infância através deste novo saber constituído e sua extensão às práticas de escolarização. A institucionalização da idiotia como categoria nosográfica pela psiquiatria fez nascer, no início do século XIX, a idéia de *criança anormal* (LOBO, 2008).

Lobo (2008) afirma que “não foi à criança louca, mas a idiota que deu origem a psiquiatrização da infância pela constituição de um saber médico-pedagógico e sua extensão nas práticas de escolarização” (Lobo, 2008, p. 36) A idiotia era considerada uma fase do desenvolvimento humano

que todas as crianças normais rapidamente ultrapassavam, enquanto as idiotas, um pouco mais, um pouco menos, permanecem afundadas nessa etapa da infância normal. Logo, a idiotia não é uma doença, mas uma variação do processo de desenvolvimento, um estado que pertence a infância (Lobo, 2008, p.372).

A institucionalização da idiotia como categoria nosográfica permitiu a produção de um determinado saber sobre a criança, servindo como subsídio para comparações entre idade mental e cronológica, bem como a elaboração de testes e teorias sobre o desenvolvimento infantil (Lobo, 2008). Apesar disso, Lobo afirma a criança idiota nunca foi um grande problema para a escola, afinal

se sua resistência a tudo e a todos, se sua vontade negativa serviu de matéria bruta para a construção de muito que se conhece hoje sobre a criança, como também para a extensão dos controles da psiquiatria às práticas psicopedagógicas, ele mesmo sobrou no final do processo. Excluído da escola já estava, mesmo antes de entrar. Nunca foi preciso grande sutileza dos diagnósticos para deixá-lo de fora ou torná-lo um candidato ao asilo. A questão eram os outros, aqueles que num primeiro momento poderiam passar despercebidos ao olhar do mestre. Perigosa invisibilidade desses seres intermediários que, misturados nas escolas regulares, espalhavam a desordem e a indisciplina e impossibilitavam qualquer trabalho pedagógico (Lobo, 2008, p.381).

Desde então, a grande questão para o universo escolar tem sido a figura da criança indisciplinada, desequilibrada e impulsiva, dentre tantas outras denominações, que marcou a construção da literatura médica-pedagógica sobre a criança anormal.

Por força dos critérios de escolarização, tornavam-se indiscerníveis os chamados falsos e verdadeiros anormais e entre estes, os anormais de inteligência e morais. Estes últimos pertenciam a uma categoria difusa, semelhante aos que hoje transitam em fronteiras que facilmente se interpenetram: os problemas de aprendizagem e os de conduta, mais recentemente o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e, de caráter ainda mais atual, algo como um transtorno da obediência (Lobo, 2008 p.383).

Médicos e educadores foram insistentes em suas queixas quanto à urgência de criar instituições especializadas, cujo objetivo não foi propriamente a inclusão dessas crianças em outros espaços, mas sua simples exclusão da escola, através de uma tutela que prescreve um suposto ideal de integração. Atualmente essa proposta de integração é defendida por políticas e legislações nacionais e internacionais, expressa na idéia de

inclusão, “termo polêmico empregado como forma de inserção social no mercado de trabalho, no acesso ao lazer e à educação, tanto nas classes regulares de ensino fundamental quanto na universidade” (LOBO, 2008, p.392).

A combinação entre higienismo, psiquiatria, psicologia e pedagogia permitiu a construção da atual relação entre problemas de aprendizagem e problemas de saúde. E desde então tem marcado as práticas de intervenção sobre a infância anormal e os problemas enfrentados pelas crianças ao ingressarem no universo escolar. À medida que a escola foi ganhando importância e com o estabelecimento do ensino obrigatório, os critérios médicos misturaram-se aos pedagógicos e a anormalidade infantil passou gradativamente a referir-se às possibilidades de escolarização (DUPANLOUP, 2004; LOBO, 2008). Os sintomas que aparecem com o ingresso da criança na escola transformaram-se em critérios classificatórios e demarcaram a inclusão em espaços institucionais diferentes: as crianças de escolas regulares, as de escolas especiais e as de asilo por serem ineducáveis (LOBO, 2008).

Essa relação favoreceu o surgimento de serviços de saúde vinculados à área da educação, mas voltados principalmente para a realização de exames periódicos e diagnósticos de deficiências, problemas de aprendizagem e de comportamento. A criação de classes especiais e instituições especializadas para o atendimento de crianças com deficiências físicas e com supostos problemas de aprendizagem ou de comportamento, colocou em prática as teses formuladas a partir do entrecruzamento dos saberes médico e pedagógico. A divisão normal/anormal tornou-se, portanto, a principal referência nas classificações que receberam as crianças, sendo a principal justificativa para a criação de terapias e mecanismos especiais de escolarização. (GUARIDO & VOLTOLINI, 2009).

2.4 A psiquiatrização da vida na atualidade: cultura somática e cidadanias biológicas

Na atualidade, a apropriação dos discursos biomédico e psicológico pelo cotidiano escolar tem sido muito frequente, tanto na suspeita quanto na demanda de um diagnóstico. Hoje não só a psiquiatria, mas principalmente as pesquisas das

neurociências têm alimentado cada vez mais a esperança de que haja uma metodologia de ensino condizente com as novas descobertas sobre o funcionamento cerebral, bem como sustentado explicações sobre o fracasso escolar e sobre os comportamentos infantis (GUARIDO, 2010).

No âmbito do processo de escolarização, diagnósticos e medicamentos são tidos como recursos fundamentais no processo de aprendizagem das crianças ditas anormais e mesmo normais. Mas o que fez com que o diagnóstico biomédico tenha se tornado um dispositivo tão importante nos processos de escolarização em nossos tempos? Além do processo histórico analisado no capítulo anterior, é no interior da constituição da cultura somática, descrita por Costa (2005) e do fortalecimento das cidadanias biológicas, indicadas por Rose & Novas (2007), que podemos compreender a importância e legitimidade dada às explicações biomédicas para os comportamentos normais e anormais na atualidade.

Segundo Costa (2005), na cultura somática atual, o mito científico tem ocupado o lugar da verdade, do incontestável e do universal. As formas de vida que antes eram referendadas a valores religiosos, éticos ou políticos, passaram a ser legitimadas através do debate científico, principalmente biomédico e neurocientífico. Dentro dessa mitologia, ser jovem, saudável, longo e atento à forma física tornou-se regra científica que aprova ou condena outras aspirações à felicidade. Já as crenças religiosas, políticas, psicológicas, sociais e outras são admitidas desde que estejam de acordo com os padrões de qualidade de vida (COSTA, 2005).

Para o autor, essa reviravolta no terreno dos valores criou novas concepções de normalidade e desvio, diferentes das construídas no século XVIII, época na qual a razão era predominante nas questões sobre a normalidade psíquica. Como vimos anteriormente com Foucault (2010), no século XIX, os desviantes eram aqueles classificados como perversos e os que manifestavam alguma forma de degeneração. Costa (2005) explica que hoje temos um código no qual os “normais” são aqueles que dão provas de sua vontade forte, os indivíduos tidos como bem-sucedidos em nosso tempo. Do outro lado, estão os tidos como fracos e como piores, a contrapartida desviante da personalidade somática da atualidade (COSTA, 2005).

As neurociências e a psicofisiologia desfizeram muitas idéias estabelecidas sobre o papel do físico na vida mental nas últimas décadas. As relações entre o físico e o psíquico estreitaram-se e cada vez mais cientistas investem recursos financeiros e empenho intelectual para investigar o funcionamento cerebral. As atividades mentais que até então eram percebidas como autônomas em relação ao corpo tiveram parte de seus mistérios supostamente desvendados, através de imagens e leituras computadorizadas que prometem revelar conexões desconhecidas entre a estrutura do cérebro e determinadas funções psíquicas (COSTA, 2005).

“Hoje a interpretação das patologias psiquiátricas é essencialmente genética, neuroquímica e cerebral. Ela sustenta uma forma específica de ver o sofrimento e de compreender a subjetividade. Ela afirma o processo de cerebrização e biologização da identidade pessoal, legitimando apenas o que pode ser visualizado na superfície e na profundidade corporal.” (CALIMAN, 2006, p.99-100)

A biologia tem assumido um papel crucial nas sociedades ocidentais hoje marcadas pelas biotecnologias e pela biomedicina (CALIMAN, artigo no prelo). Na atual cultura somática, o corpo físico, especialmente na dimensão cerebral, deixou de ser o coadjuvante para ser o personagem principal das histórias sobre a mente humana. Tornou-se cada vez mais plausível aceitar que os fenômenos psicológicos tenham uma causa física (COSTA, 2005), seja ela localizável anatomicamente em alguma área do cérebro, seja ela causada por disfunções fisiológicas.

Nossa cultura é marcada pela ênfase no corpo, mais especificamente no cérebro como sendo o lugar da alma, da identidade, da política, da religião, do sentimento moral, do sofrimento psíquico. Para a biopsiquiatria atual, um sofrimento só é sofrimento, uma doença só é doença, um diagnóstico só é diagnóstico quando este for um biodiagnóstico. Tudo mais é apenas psicológico ou social e, por isso, menos real. Uma patologia só é considerada real quando sua existência biológica é comprovada (CALIMAN, artigo no prelo).

Nesse panorama, pesquisas voltadas para a psicofarmacologia e para a construção de diagnósticos são vistas como ferramentas de suma importância. O lugar de destaque assumido pelas ciências neurológicas e pelo saber psiquiátrico na atualidade não deve ser entendido, portanto, somente a partir dos avanços de suas ferramentas, tecnologias,

conquistas e resultados, mas deve ser retomado desde a consideração mais ampla que envolve a sua produção (GUARIDO & VOLTOLINI, 2009). Afinal, como aponta Caliman (2006),

“Nem sempre é dito que os estudos sobre as imagens cerebrais são constituídos de dados imprecisos e quase sempre contraditórios. Nem sempre é explicitado que a substituição da mente pelo cérebro resulta de transformações morais que extrapolam o discurso da prova científica. Além disso, paradoxalmente, ninguém comenta por que as tecnologias de imagem cerebral não são usadas no dia a dia da clínica do diagnóstico. Ninguém explica por que, na clínica, elas não são consideradas ferramentas auto-suficientes quando se trata de “provar” a existência real do diagnóstico. Apesar de todos os avanços alcançados pelas tecnologias de imagem cerebral, na prática, elas ainda não são ferramentas diagnósticas auto-evidentes.” (CALIMAN, 2006, p.96)

De acordo com Caliman (artigo no prelo) e Rose (2007), o discurso biomédico e as neurociências são fortes dispositivos produtores de determinados modos de existência, como as *cidadanias biológicas*. O termo é utilizado por Nikolas Rose (2007) para descrever os projetos políticos que desde o século XIX basearam suas concepções de cidadania na existência biológica dos seres humanos, ou seja, propostas nas quais um indivíduo pertence ou não a um projeto de cidadania por partilhar ou não um determinado traço biológico (CALIMAN, artigo no prelo).

Desde 1980 presenciamos mudanças nas formas de cidadania e ativismo político, que tem girado em torno da saúde e da doença através de um processo de psiquiatrização da política. Neste processo, projetos para os cidadãos são formulados a partir de critérios somáticos. Compartilhar um traço biológico ou mais especificamente um traço patológico tornou-se prerrogativa para inserção dos sujeitos no sistema de direitos: direito à educação/educação especial; direito a acomodações no trabalho; direito à acolhida; direito a tratamento; direito à saúde; direito e acesso a certas políticas construídas para atender as necessidades destes cidadãos (ROSE, 2007; CALIMAN, artigo no prelo).

A garantia de direitos a partir de condicionalidades psiquiátricas é sustentada por diversas ferramentas construídas pelo saber biomédico. Caliman (2006) destaca que a partir da década de 80 um espaço cada vez mais importante foi reservado às pesquisas de neuro-imagem. As técnicas mais conhecidas eram as de imagem estrutural, como a Tomografia Computadorizada (TC), que investigam a existência de anomalias em determinadas estruturas cerebrais; e as de imagem funcional, como a

Eletroencefalografia Quantitativa (qEEG) analisavam a atividade cerebral durante determinadas tarefas. Essas técnicas são até hoje muito utilizadas para a identificação de diversos biodiagnósticos psiquiátricos.

Caliman (artigo no prelo) explica ainda que na atualidade a prática diagnóstica assumiu uma centralidade excepcional e os biodiagnósticos tornaram-se entidades desejadas, almejadas e necessárias. Mas o que produz os biodiagnósticos? O que essa pergunta problematiza? Primeiro, ela interroga como eles se tornaram tão importantes e tão legítimos em nossos tempos. Em segundo lugar, nos leva a indagar sobre os seus efeitos. Nesse sentido, tal pergunta-problema questiona os efeitos políticos, sociais, e subjetivos, ou seja, como os biodiagnósticos produzem realidades (CALIMAN, artigo no prelo).

Os biodiagnósticos podem garantir direitos políticos, educacionais, trabalhistas em uma sociedade altamente excludente e desigual, onde é comum ver-se privado de nossos direitos de cidadão. Para muitos, os biodiagnósticos oferecem uma explicação e produzem um sentido que aliviam o fardo moral ao qual somos submetidos numa sociedade altamente individualizante, na qual diversas vezes somos responsabilizados pelos nossos fracassos. Nas biocidadanias os sofrimentos e queixas relatados são considerados reais porque são vistos como biológicos e, portanto, legítimos (CALIMAN, artigo no prelo).

2.5 - DSM: uma importante ferramenta legitimadora do processo de psiquiatrização.

As transformações ocorridas nas classificações psiquiátricas durante a construção das várias versões dos DSMs nos fornecem pistas para investigar a produção do olhar psiquiatrizante e biologizante nos nossos tempos, bem como para pensar como esse olhar tem penetrado o universo da educação através dos diagnósticos de problemas de aprendizagem. Por isso, consideramos o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais) da APA (Associação Americana de Psiquiatria) uma ferramenta importante para as nossas análises.

O processo de construção da primeira versão do DSM fora desde o começo permeado por muitas polêmicas. Havia pouco consenso quanto aos transtornos mentais a serem incluídos no manual e quanto aos métodos mais adequados a sua organização, diante da marcante necessidade de classificação de patologias na história das ciências médicas. Por isso a elaboração de cada edição do DSM passou por exaustivas pesquisas, re-análises de dados, testes de campo e revisões bibliográficas.

Caponi (2011) e Roudinesco (2000) nos mostram como a teoria de Adolf Meyer foi considerada referência para a psiquiatria americana no período pré e pós-guerra e influenciou a construção das primeiras versões do manual. A teoria considerava que era indispensável observar o contexto no qual surgem as patologias e entendê-las como reações a fatores externos. Sua abordagem defendia um entendimento do contexto social dos pacientes, além de integrar elementos da psicanálise freudiana com as teorias biologistas, por isso, entende-se que Meyer introduziu a perspectiva biopsicossocial na abordagem das doenças mentais. O DSM I surge sob a influência dessa teoria, com classificações de doenças mentais baseadas em critérios flexíveis articulando as perspectivas biológica, psicanalítica e social dos transtornos mentais (CAPONI, 2011; ROUDINESCO, 2000).

Com poucas alterações foi publicado em 1968 o DSM II, sob a influência da antipsiquiatria, movimento de crítica às instituições asilares. Além disso, houve também a retirada da homossexualidade da lista de diagnósticos, fato que explicitava a forte relação dos diagnósticos psiquiátricos com a idéia de condutas desviantes. Após longos debates e críticas de intelectuais e de movimentos de direitos humanos, publicou-se o DSM III em 1980. Longe de ser uma reflexão crítica dos questionamentos dos defensores de direitos, houve um radical retorno às antigas teses da psiquiatria biológica do século XIX. O DSM III era novo em relação aos manuais anteriores, mas profundamente clássico por retomar as idéias defendidas pela psiquiatria biológica de Kraepelin (considerado até hoje o “pai da psiquiatria”) e que pareciam abandonadas (CAPONI, 2011).

O retorno a Kraepelin em 1980 foi uma estratégia encontrada pelos elaboradores do DSM III, como tentativa de recuperação da hegemonia e legitimação da psiquiatria sob a perspectiva biológica, na medida em que buscavam um modo de classificar as doenças

mentais de forma objetiva e descritiva, que pudesse ser aceito por todos e que tomasse como ponto de partida os procedimentos médicos usados para diagnosticar qualquer patologia biológica. Pretenderam excluir da psiquiatria tudo aquilo que pudesse vinculá-la a discursos considerados como pouco científicos, como a psicanálise e a sociologia.

A classificação das doenças mentais no DSM III foi fortemente fundamentada em dados empíricos, na tentativa de evitar as avaliações subjetivas dos psiquiatras. O grupo responsável pela elaboração dessa edição do manual considerava que para desenvolver uma classificação para as doenças mentais era necessário respeitar critérios fundamentais, que buscavam sempre legitimar a psiquiatria como a ciência médica para tratar as doenças mentais. Dessa forma, as teses de Kraepelin possibilitaram uma mudança radical na classificação de patologias psiquiátricas e conseqüentemente uma transformação no modo de definição dos diagnósticos e da terapêutica psiquiátrica, influenciando diretamente na reformulação da classificação de diagnósticos da APA (Associação Americana de Psiquiatria).

O DSM III foi elaborado com o objetivo de não submeter a psiquiatria a teorias hipotéticas. Introduzindo critérios explícitos de diagnóstico com enfoque descritivo, visavam a ser neutros em relação a teorias etiológicas (APA, 2002), preparando terreno para que as psicopatologias pudessem ser descritas de forma cada vez mais objetiva. Baseado em princípios de testabilidade e verificação nos quais o diagnóstico é identificado por critérios observáveis e mensuráveis empiricamente, o DSM III buscou se caracterizar como um manual atóxico e descritivo (ROUDINESCO, 2000). No entanto, apesar da elaboração do DSM III ter como objetivo oferecer uma ferramenta diagnóstica útil e unificadora, o produto final não foi neutro e tampouco pluralista, pois “havia uma direção a ser seguida, uma clínica a ser reafirmada e um método a ser priorizado” (CALIMAN, 2006, p.81).

Para Caliman (2006), as mudanças nas classificações psiquiátricas foram parte de um processo mais amplo de deslocamento do modo de investigação, explicação e tratamento das doenças mentais, que se fortalece no seio da cultura somática. As desordens do humor, da cognição, do afeto e da conduta passaram a ser descritas como anomalias cerebrais específicas, relacionadas a sistemas neurotransmissores específicos.

Caponi (2011) alerta que mesmo diante dessas mudanças, tanto os estudos de localização cerebral quanto os estudos genéticos até hoje não cumpriram a promessa da psiquiatria clássica de construir uma fundamentação biológica sólida para legitimar os biodiagnósticos. Enquanto as conquistas da biomedicina permanecerem misteriosas, as classificações de patologias mentais devem ser construídas tendo como único parâmetro estratégico a validação dos agrupamentos de sintomas, consolidada com a elaboração do DSM III. Foucault (2010) nos lembra que a demarcação dos limites entre o normal e o patológico é sustentada por critérios frágeis. Sem qualquer referência ao contexto em que surge o sintoma, o que resta é uma possibilidade infinita de agrupamentos sintomáticos, permitindo uma ingerência infinita da psiquiatria nos assuntos humanos (Foucault, 2010).

Acreditamos que nossa existência não pode ser simplesmente reduzida à explicações biologicistas ou à busca pela localização de lesões orgânicas, deficiências químicas, ou genes que possam ser responsáveis pela manifestação dos comportamentos normais ou patológicos. Ao mesmo tempo, não pretendemos reduzir essa discussão apenas a uma crítica ao discurso biomédico, pois não temos dúvidas de que esses saberes trouxeram transformações importantíssimas para o campo da saúde mental.

O que devemos considerar é que essas práticas diagnósticas participam da constituição das próprias condições existenciais que elas nomeiam, identificam, classificam e tratam, afirmando, assim, determinados modelos de saúde e anormalidade (CALIMAN, 2006). Discuti-las é um exercício para colocar em análise o domínio desses saberes em nossa vida cotidiana e como o discurso científico, tanto no âmbito da pesquisa quanto espetacularizado pela mídia, tem apostado na idéia de um possível controle técnico da vida (GUARIDO & VOLTOLINI, 2009).

A cultura somática de nossos tempos adentra de forma singular o universo educacional na atualidade. Cada vez mais vemos os problemas escolares serem interpretados como transtornos psiquiátricos com base predominantemente genética ou cerebral. Ao mesmo tempo, percebemos que no universo escolar e educacional, um laudo psiquiátrico exerce muitas funções (DE FREITAS, 2011). Como vimos, na era das cidadanias biológicas, um biodiagnóstico pode produzir sentidos, identidades, sociabilidades, legitimidade e garantir direitos.

No entanto, o processo de individualização dos problemas de aprendizagem que está na base da cultura somática que atravessa o universo escolar não é produzido apenas pela patologização e psiquiatrização biológica atual. A produção do fracasso escolar e as diversas explicações individuais, *psis*, biológicas sociais para os comportamentos que fogem da norma no universo escolar antecede ou extrapola a constituição das cidadanias biológicas atuais.

Podemos observar que os diagnósticos de transtornos de aprendizagem são vinculados a uma visão de mundo que desconsidera o fato de que a vida escolar é atravessada e constituída por uma multiplicidade de fatores sociais, coletivos e afetivos, deslocando assim a questão para o indivíduo e tornando-o portador de transtornos. Nesse sentido, acreditamos que é importante problematizar a construção e institucionalização de conceitos e categorias médicas que interferem nos processos de escolarização. Para que isso aconteça, é necessário abandonar a identificação dos problemas da vida escolar em termos de déficit e fracasso para que dessa forma a articulação entre saúde e educação seja repensada e outras práticas possam ser produzidas.

2.6 – Quando a vida escolar é marcada por fracassos

Segundo De Oliveira (2001), fracasso escolar é a denominação usada como referência ao insucesso escolar do aluno, cujas características têm sido apontadas não só por educadores, mas também por os todos que de algum modo se ocupam dessa questão. Essas características são comumente traduzidas em termos de

dificuldades na aprendizagem, desinteresse no processo de escolarização, falta de motivação, indisciplina, dificuldade em responder adequadamente as exigências escolares, baixas notas, conceitos deficientes, que culminam, muitas vezes, com a repetência ou evasão escolar (DE OLIVEIRA, 2001, p.88).

Machado (1996) afirma que o fracasso escolar é uma produção social e o encaminhamento da criança para especialistas é uma manifestação concreta dessa produção, que tem sido legitimada por determinadas concepções e práticas do dia a dia escolar que individualizam as suas causas no corpo das crianças. Concepções que, segundo De Oliveira (2001), aludem o fracasso escolar à hereditariedade, às aptidões, às

questões emocionais, a problemas de personalidade, a causas orgânicas, familiares, sociais, culturais, às condições de ensino e aprendizagem nas escolas, etc.

A teoria da carência cultural, formalizada por volta dos anos 60, nos EUA, tornou-se uma das explicações para o fracasso escolar e é até hoje muito usada (DE OLIVEIRA, 2001; MACHADO, 1996; PATTO, 1990; WERNER, 2000). A teoria afirma a existência de culturas inferiores ou diferentes, de grupos familiares patológicos e de ambientes sociais atrasados, produtores de crianças problemáticas e desajustadas (PATTO, 1990). Assim, ‘a pobreza nas classes populares’, ‘os problemas emocionais’, ‘a família desestruturada’, ‘a falta de interesse’ dos pais pela escolarização dos seus filhos, ‘os alunos desinteressados’, ‘desnutridos’, ‘pouco estimulados’ e com ‘linguagem pobre’ são as justificativas para as causas do fracasso escolar.

Outra explicação que tem sido afirmada, segundo Patto (1990) e De Oliveira (2001) é a que se refere à hereditariedade. A inteligência como uma capacidade humana herdada marcaria os descendentes explicando o seu desempenho escolar. “É o *filho de peixe, peixinho é*, que por tantas vezes se molariza no cotidiano escolar, produzindo o *que não tem remédio, remediado está*” (DE OLIVEIRA, 2001, p.101). O fracasso escolar também tem sido explicado por deficiências situadas na criança, sejam elas deficiências nutricionais, sensoriais e problemas de comportamento vistos como disfunções neurológicas (WERNER, 2000). Causas orgânicas são procuradas para justificar a situação de fracasso, especialmente pela psiquiatria, baseada na idéia de infância anormal, conforme mostramos anteriormente.

Outra perspectiva explica o fracasso escolar como um problema de âmbito emocional, que se revela no início do processo de escolarização em função dos desafios apresentados nesse momento do desenvolvimento da criança. Aquilo que se passa com a criança na escola é um sintoma dos conflitos vividos em seu mundo interno e em sua relação familiar, que por ser inadequada ou insuficiente traz conseqüências para o desenvolvimento deste aluno e ao processo de aprendizagem (DE SOUZA, 1997).

As queixas escolares sobre as crianças encaminhadas a especialistas são formuladas em termos de falta, déficit, carência, anormalidade, patologia. Predomina o modelo teórico atravessado por uma concepção que entende a queixa escolar como um problema

individual, produzindo um deslocamento da discussão do eixo político-pedagógico para causas e soluções pretensamente psíquicas e/ou biomédicas, portanto, inacessíveis à educação (COLLARES & MOYSÉS, 2010). É uma visão que desconsidera o que se passa na escola, analisando as dificuldades do processo de escolarização como problemas cujas causas são de caráter estritamente individual e que nega as influências e/ou determinações das relações institucionais e sociais sobre a vida, encobrendo as arbitrariedades, os estereótipos e os preconceitos de que as crianças são vítimas no processo educacional e social (DE SOUZA, 1997).

Para Machado (2007) o processo de individualização tem relação com o processo de culpabilização. Quando algo não acontece conforme o esperado na escola, um dos mecanismos desenvolvidos é a produção de culpados, criando um distanciamento entre as realidades psíquica e material de produção social. São produzidas culpas sobre o aluno, a família, o sistema de ensino, o professor. Nesse campo habitado por olhares julgadores, crianças, professores e pais vão se tornando culpados por um processo no qual todos são vítimas (MACHADO, 2007). Centralizar as causas do fracasso escolar em qualquer um desses segmentos vitimizados, não constrói nada e não produz mudança alguma. Essa prática constitui um empecilho ao avanço das discussões, da busca de propostas possíveis, de transformações da instituição escolar e do fazer pedagógico (COLLARES & MOYSÉS, 2010).

Mas se todas estas explicações ou justificativas para o que foge ao padrão na escola habitam o universo educacional, temos observado também a predominância ou fortalecimento das explicações patológicas, biológicas e cerebrais. Algumas autoras como Guarido (2010) e De Souza (2010) nos mostram alguns exemplos de como o saber biomédico orientado por ferramentas como o DSM tem penetrado no universo educacional.

Guarido (2010) aponta que vemos com certa frequência a divulgação de resultados de estudos e pesquisas especialmente sobre o funcionamento cerebral, as funções de neurotransmissores e as novas conquistas das ciências genéticas e neurológicas. Essas novas descobertas científicas aparecem, de modo geral, como explicações dos comportamentos, sensações e sofrimentos humanos. Tomando a difusão social dos enunciados das neurociências e do discurso biomédico, vemos proliferar na mídia

simplificações e mitificações não sem efeitos (GUARIDO, 2010). A autora traz trechos de artigos de revistas, como a *Revista Nova Escola*⁷, de matérias de jornais, como a *Folha de São Paulo*, para mostrar algumas formas como o tema tem sido abordado na mídia:

“Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em classe”

“Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para obter um bom aprendizado”

“Professor é educado para identificar esquizofrenia”

De Souza (2010) explica que os defensores das explicações biológicas para as dificuldades nos processos de escolarização apresentam a patologização desse processo como um direito. A criança tem o direito de ser atendida, diagnosticada e medicada, é um direito da família ter conhecimento do problema (patológico) da criança, e, principalmente, cabe ao governo arcar com as despesas para a efetivação desses procedimentos (DE SOUZA, 2010). O argumento vem ganhando força nos espaços legislativos em grande parte dos estados e cidades brasileiras através de vários projetos de lei que visam a criar serviços tanto na área de educação quanto na área de saúde para o atendimento de crianças com problemas na escola⁸.

Retornamos, portanto, à pergunta-problema proposta por Caliman (artigo no prelo) – *o que produz um diagnóstico?* – para pensar qual o impacto da entrada do saber biomédico no universo escolar. Para além de classificação e controle, não podemos esquecer que, de acordo com Rose (2007), os biodiagnósticos produzem realidades. Dessa forma, cabem-nos as seguintes indagações: Qual o impacto no sujeito diagnosticado e na sua família? O que pode se produzir nas instituições que serão

⁷ A revista está há mais de 20 anos no mercado e atualmente é a segunda maior revista de tiragem mensal no País. No ano de 2007 teve em média 600 mil assinantes, sendo que a metade deles é de estabelecimentos de ensino (GUARIDO, 2010).

⁸ De Souza (2010) afirma que só na cidade de São Paulo tramitam cerca de 9 projetos de lei em todos os partidos políticos. Podemos citar como exemplos um movimento de autoria do Vereador Juscelino Gadelha, que propõe na Câmara Municipal um Projeto de Lei (PL) (0086/2006) para atender os alunos da rede municipal de ensino diagnosticados com dislexia. No âmbito nacional, tramita na Câmara o Projeto de Lei 7081/10, do senador Gerson Camata (PMDB-ES), que obriga o poder público a manter programa de diagnóstico e tratamento de dislexia e de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) para estudantes do ensino básico.

marcadas por determinados biodiagnósticos, como as escolas que recebem uma criança com um diagnóstico de transtorno da aprendizagem? E no nosso sistema de direitos que tem produzido legislações específicas, tais como a garantia de passe-livre no sistema de transporte coletivo e educação especial para alunos diagnosticados com transtornos da aprendizagem?

Em Vila Velha, suspeitas de diagnósticos, queixas escolares traduzidas em termo de fracasso escolar e tantas outras demandas eram endereçadas principalmente ao CRAPNEE, onde passavam a ser queixas que a Educação Especial deveria responder. No capítulo a seguir mostraremos de que forma o CRAPNEE respondia a estas tantas “queixas” ou demandas e o que acontecia com elas ao adentrarem a instituição, além de discutir o que as práticas cotidianas do CRAPNEE nos diziam da Política de Educação especial efetivada no município.

3 – O CRAPNEE NAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

O sistema de educação de Vila Velha é composto por 89 unidades de ensino, sendo 31 Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEIs) e 58 Unidades Municipais de Ensino Fundamental (UMEFs)⁹. A modalidade de Educação Especial passou a compor organograma da Secretaria Municipal de Educação em 2000, baseada no paradigma inclusivo, passando a atuar nos níveis de ensino oferecidos pelo sistema.

Vila Velha tem uma característica peculiar em relação aos outros municípios do estado no que se refere às Políticas de Educação Especial. É o único município que teve durante 10 anos um Centro de Referência para Alunos Portadores de Necessidades Educativas Especiais (CRAPNEE). O serviço foi fundado no ano 2000 e registrado na prefeitura como uma unidade de ensino voltada para o atendimento do público-alvo da educação especial do município.

O documento que explicita a Política Municipal de Educação Especial de Vila Velha em vigor até o fechamento do CRAPNEE é uma cartilha elaborada no ano de 2007, resultado do trabalho realizado pelo grupo que estava à frente do Núcleo de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação do município, no período de 2004 a 2008. Seu texto baseia-se na Constituição Federal de 1988, que define a educação como um direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a igualdade de condições de acesso e permanência na escola como um dos princípios para o ensino. Argumenta a favor da constituição de escolas inclusivas¹⁰, partindo do princípio de que todas as crianças podem aprender juntas, sempre que possível, independente de quaisquer dificuldades ou diferenças, apostando em estratégias de ensino, utilização de recursos e parcerias com a comunidade (VILA VELHA, 2007).

A cartilha também usa como referência a *Política Nacional de Educação Especial* e as *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. A Política

⁹ Fonte: <http://www.vilavelha.es.gov.br> (acesso em 23/10/2011)

¹⁰ De acordo com Vincentin (2007), “a educação inclusiva não é e nem deve se restringir aos chamados ‘portadores de necessidades especiais’”. O sentido estrito do termo educação inclusiva seria o de abordar sujeitos que fogem à normalidade exigida pela escola regular, alunos que, em tese, exigiriam algum conhecimento especial da escola por serem diferentes dos que normalmente tem acesso à educação, ou seja, o termo educação inclusiva vem nos lembrar de algum modo que a educação não tem sido para todos.

Nacional define a educação especial como uma modalidade de ensino que deve atravessar todos os níveis, etapas e modalidades, com as funções de realizar o atendimento educacional especializado, que deve ser diferente das atividades realizadas na sala de aula comum e jamais substitutivas à escolarização. O documento salienta ainda que o atendimento educacional especializado deva ser obrigatório em todos os sistemas de ensino e realizado no turno inverso ao da classe comum, na própria escola ou em centro especializado que realize esse tipo de serviço (MEC/SEESP, 2007).

As Diretrizes Nacionais (BRASIL, 1996) explicam que o atendimento especializado deve ser oferecido pela escola comum para responder as necessidades educativas especiais do aluno, podendo ser desenvolvidos nas classes comuns mediante atuação do professor de educação especial, de professores intérpretes das linguagens e códigos aplicáveis e de outros profissionais. Os serviços podem ser realizados através de parceria entre as áreas de educação, saúde, assistência social e trabalho (BRASIL, 1996).

A cartilha que traz a Política Municipal de Educação Especial em 2007 explica que as ações em educação especial em Vila Velha são organizadas pelo Núcleo de Educação Especial, formado por uma equipe de coordenação central, equipe de formação continuada e equipe censitária. O atendimento é dividido entre pólos pedagógicos e um pólo clínico. Os pólos de atendimento pedagógico são formados pelas equipes responsáveis por cada área: deficiência visual, surdez, deficiência intelectual e transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Já o atendimento clínico era feito no Centro de Referência para Alunos Portadores de Necessidades Educativas Especiais – CRAPNEE (VILA VELHA, 2005).

O CRAPNEE foi fundado em 2001 como uma unidade de ensino e são poucos os registros sobre a sua implantação. Além do *Projeto de Implantação* (2001) e da cartilha de 2007, tivemos acesso também às dissertações de mestrado de Daniella Borges (2007) e Rosane Bernardo (2010), que abordam o tema da Educação Especial em Vila Velha. Para contar a nossa versão da história, fizemos uso da análise desses documentos, dos nossos registros de caderno de campo e principalmente das entrevistas com gestores e profissionais que atuaram no CRAPNEE, dentre eles, dois que participaram do seu processo de constituição em seus primeiros anos de existência.

O Projeto de Implantação do CRAPNEE (2001) afirma que o atendimento aos alunos com necessidades educativas especiais no município era precário e não oferecia condições adequadas para promover um ensino com qualidade para este público. Com a proposta de superar esse quadro, a prefeitura de Vila Velha, em 2001, junto à Secretaria Municipal de Educação inicia um trabalho com serviços de atendimento itinerante e de triagem de alunos com equipe multidisciplinar nas escolas¹¹. O projeto definiu como público alvo do CRAPNEE os alunos com necessidades educativas especiais, propondo a oferta de serviço especializado nas diferentes áreas de deficiência, condutas típicas e de altas habilidades.

De acordo com os documentos analisados, o CRAPNEE constituiu-se como unidade de apoio e suporte à proposta de educação inclusiva do município, concentrada no trabalho pedagógico nas escolas do ensino fundamental e infantil (BORGES, 2007). O projeto do CRAPNEE tinha como objetivo assegurar condições de apoio psicopedagógico e de complementação didático-pedagógica às unidades de ensino fundamental e infantil, visando a favorecer a integração dos alunos com necessidades educativas especiais em classes comuns e propiciando-lhes acessibilidade aos recursos necessários ao seu desenvolvimento. Visava também a garantir a oferta da educação precoce e intermediária para crianças com necessidades educativas especiais, atender as demandas decorrentes da diversidade das programações escolares, capacitar os profissionais das classes especiais, desenvolver programas de qualificação profissional aos alunos para sua inserção no mercado de trabalho e estimular a permanência desses alunos nas escolas com atividades alternativas de educação física, esporte, lazer e desenvolvimento da criatividade (VILA VELHA, 2001).

É importante destacar que o Projeto de Implantação nunca foi discutido entre a equipe do CRAPNEE e a cartilha que explica a Política Municipal de Educação Especial sequer saiu dos armários do Núcleo de Educação Especial. A cartilha deveria ser distribuída nas escolas, entretanto, em entrevista com um de seus autores (atualmente um dos gestores do núcleo), soubemos que isso não chegou a acontecer e as cópias estão armazenadas até hoje¹². Mas por que a cartilha não poderia ser distribuída se ela

¹¹ O Projeto não deixa claro como eram realizados esses atendimentos itinerantes.

¹² A entrevista foi realizada em setembro de 2011.

sistematizava as ações em educação especial do município? O motivo, segundo o entrevistado, foram desentendimentos entre as coordenações, devido a mudança de gestão na Secretaria Municipal de Educação¹³.

“Na cartilha não havia a participação da pessoa que estava naquele momento na coordenação. Então, mudou a administração e a cartilha estava com os nomes da administração anterior, aí a coordenadora guardou e não distribuiu. A gente distribuiu um pouco agora, mas aí foi uma nova discórdia, porque eles não concordavam com a distribuição dessa cartilha.”

Apesar da hesitação da atual coordenadora do núcleo, conseguimos um exemplar da cartilha, liberada sob a condição de que seu uso fosse *“somente para fins de pesquisa”*. A impressão que tivemos com a leitura desses documentos e com os relatos dos profissionais entrevistados (a saber: um ex-gestor do núcleo de educação especial, uma assistente social, um psiquiatra, uma psicóloga e uma fonoaudióloga) é que o CRAPNEE se inseriu nas Políticas de Educação Especial em Vila Velha num clima de discordâncias e incertezas, atravessado em toda sua história pelas instabilidades das políticas de governo, das práticas clientelistas e assistencialistas tão presentes no cenário político do município. Esse contexto fortaleceu a constituição do CRAPNEE como um serviço caracterizado por certa precariedade, onde o trabalho acontecia de forma fragmentada e individualizada, com práticas marcadas pela ausência de diálogo entre as equipes e pela dualidade entre uma direção clínica e outra pedagógica como veremos a seguir.

3.1 Prática clínica ou pedagógica?

Quando analisamos o CRAPNEE nos dizeres da Política Municipal e do seu Projeto de Implantação parece que estamos diante de dois serviços distintos: um parece falar de uma instituição voltada para atendimentos clínicos, sustentando uma certa forma de ver e fazer clínica; enquanto o outro parece falar de um serviço com direcionamento pedagógico. Dualidade que se atualizou também no cotidiano do CRAPNEE e nas falas dos profissionais contratados para atuarem no serviço. O seu funcionamento era constantemente atravessado por um conflito sobre a definição da sua função como serviço de atendimento à educação especial.

¹³ A mudança de gestão na SEMED era muito comum no município. Desde 2009 a gestão passou por 4 secretários diferentes.

“Uns falam que você tem que ir pra educação, outros dizem que é para a saúde, então fica essa indecisão do próprio município em direcionar esse trabalho. Entendo que pela exigência da própria lei o atendimento especializado está inserido na educação. Isso é uma polêmica, dá muita discussão.” (entrevista com assistente social)

Quando fomos contratadas pela secretaria de educação, esperávamos trabalhar nas escolas, mesmo diante de muitas dúvidas sobre como seria um trabalho “clínico” na área da educação.

“Eu vi que não era pra trabalhar na escola, mas eu fiquei um pouco confusa, porque eu não entendia: como era na educação fazendo atendimento clínico? Mas ao mesmo tempo me incomodou porque não tinha estrutura clínica, não tinha higiene, não tinha material pra trabalho, não tinha coisas básicas como luva, espátula...” (entrevista com fonoaudióloga)

Diante de tantas dúvidas sobre as atribuições de uma possível “clínica da educação”, prevalecia no CRAPNEE o modelo da clínica biomédica tradicional. A fonoaudióloga entrevistada afirma que, de acordo com o código de ética profissional, suas atribuições na área educacional deveriam ser baseadas somente na triagem de alunos e dar informações a pais e educadores sobre o bom uso da voz, sobre os problemas do uso da chupeta em crianças etc. Não havia o entendimento de que seria possível fazer outro uso de seus saberes, criando estratégias que produzissem outras formas de aprender ou mesmo de compreender e repensar a demanda que chegava ao CRAPNEE.

A fonoaudiologia atendia os alunos que apresentavam algum problema de linguagem, como problemas na fala ou troca de letras. A própria equipe afirmava que esse era o único trabalho possível de ser feito dentro das condições do CRAPNEE, já que a falta de recursos materiais inviabilizava o tratamento de outros problemas fonoaudiológicos, como os de motricidade oral que exigia instrumentos descartáveis para manter os devidos padrões de higiene. Assim, trabalhava-se apenas com a linguagem através de jogos, exercícios orais e escritos.

A psicologia recebia os casos relacionados às demandas de queixas escolares em geral, atendendo a família e o aluno encaminhado. Não havia uma definição clara de seu público-alvo, como também não havia uma definição das suas atribuições. O trabalho

com o aluno era feito através do uso de jogos, brinquedos, desenhos e livros de histórias como instrumentos básicos. Algumas profissionais costumavam dizer que o trabalho muitas vezes era clínico, outras vezes era pedagógico:

“Era um pouco clínico, quando era o caso de uma a criança não tinha estímulo nem incentivo dentro de casa, por exemplo; e pedagógico por que tinha que ter paciência de desenvolver uma maneira de atrair aquela criança pra querer realmente aprender. Essa parte pedagógica foi o meu desafio, porque eu não tinha noção de como fazer essa criança aprender. Se é que eu tinha que fazer isso, ou não...” (entrevista com psicóloga)

Era comum que diante de certas queixas escolares os profissionais afirmassem que não estavam ali pra alfabetizar os alunos, porque “o trabalho era clínico e não pedagógico”. Mas qual era a idéia de clínica que sustentava a dualidade entre saúde e educação, clínica e pedagogia? Segundo o gestor da educação especial entrevistado, o CRAPNEE não deveria ser um serviço clínico quando a clínica fosse pautada na racionalidade biomédica:

“Clínico eu posso dizer que é o que não é pedagógico, porque tem médico e clínico. Isso seria a perspectiva de ter o psiquiatra, de ter psicologia clínica, de atendimento de consultório, de ter a perspectiva do fonoaudiólogo... isso é clínico. Pedagógico é o professor da educação especial, é formação pra professor, é atendimento na escola, fora de consultório.” (entrevista com um dos gestores da educação especial)

Essa dualidade resultou no motivo que explicitamente justificou o fechamento do CRAPNEE, após quase 11 anos de funcionamento, de acordo com o gestor da educação especial entrevistado:

“Algumas legislações deixaram claro quais eram os profissionais e quais as funções que poderiam ser financiadas pela educação: pedagogo, professor, atuação de complementação pedagógica... Não tá lá o clínico, ou seja, não tá lá o psiquiatra, psicólogo que não seja educacional, fonoaudiólogo. Isso não tá lá. Então, o Ministério Público exigiu o fechamento do CRAPNEE porque nós não poderíamos mantê-lo.” (entrevista com gestor da educação especial)

Entretanto, o fechamento do CRAPNEE aconteceu num clima de silêncio e mistério. Suas portas foram fechadas e nada foi dito aos profissionais e às escolas, muito menos às famílias das crianças que eram atendidas no serviço.

“No final, quem apagou as luzes fui eu, sem nenhuma atenção, a questão é que quem estava a frente disso era a SEMED e não deu

continuidade. Foi contratando as psicólogas, as fonoaudiólogas, acabando os contratos e elas foram embora. Então houve uma dispersão, foi acabando, foi se desmanchando, se desfazendo, e sem chamar as mães das crianças, quer dizer, sem dar satisfação nenhuma. Fecharam as portas e essas portas já estavam sendo fechadas e a gente não estava percebendo. A contratação dos próprios profissionais foi quando essas portas já estavam sendo fechadas” (entrevista com psiquiatra).

A impressão que temos é de que o CRAPNEE foi desde o começo um serviço estruturado de modo bastante fragilizado, sem receber um apoio efetivo da própria prefeitura. Não temos notícia se em algum momento houve algum diálogo entre as Secretarias de Saúde e Educação, por exemplo, para a construção de possíveis ações em conjunto. Como o próprio psiquiatra afirmou, parecia que desde a sua fundação o CRAPNEE estava sempre correndo o risco de fechar as suas portas, mas, apesar disso, era o único serviço disponível e que absorvia uma demanda imensa.

“Pra mim foi uma tragédia o CRAPNEE ter acabado, essas crianças estão literalmente abandonadas (...). Quem tá fazendo o que por essas crianças? Quem tá medicando essas crianças? Como que uma estrutura, uma escola que fala em inclusão se o profissional não tem o apoio do médico? Se você não trabalhar, o Ministério Público vai lá e vai trazer algum tipo de sanção pra escola. A escola é obrigada por força da lei a absorver essa criança mesmo sem estrutura profissional aparelhada. E o suporte profissional que eles tinham era o CRAPNEE, e hoje não tem mais. E eu não tô vendo a médio prazo nenhuma manifestação. Sabe, ninguém fez nada, o CRAPNEE acabou e as mães ficaram perdidas que nem barata tonta, batendo cabeça de um lado pra outro e não houve uma mobilização...” (entrevista com neurologista da Pestalozzi)

Cabe ressaltar aqui que o município de Vila Velha é marcado por uma extrema precariedade no que diz respeito à rede de saúde e saúde mental, bem como à de assistência social, lembrando que no primeiro capítulo dissemos que muitos funcionários da própria prefeitura sequer tinham conhecimento da existência do CRAPNEE. No entanto, quando a neurologista nos diz que “as mães ficaram perdidas que nem barata tonta, batendo cabeça”, percebemos que, mesmo diante dessa invisibilidade e insistente risco de fechamento o CRAPNEE era um serviço de grande importância para muitos. Apesar de tantas dificuldades, ele funcionava e era uma das poucas portas abertas que acolhia demandas educacionais, sociais e de saúde. O CRAPNEE era um lugar que, de certa forma ou mesmo da sua forma, acolhia uma grande diversidade de demandas do município e, por isso, seu fechamento não deixou de ter consequências.

De todo modo, apesar dos muitos CRAPNEEs que se atualizaram em sua história de vida, da dualidade entre projeto clínico e projeto pedagógico, identificada nos documentos e que parecia perpassar o CRAPNEE desde seu início, percebemos que o “projeto pedagógico” pouco se atualizou no CRAPNEE. Seu funcionamento dialogava quase nada com a educação especial, ou ao menos com um certo projeto de educação especial. O diálogo acontecia muito mais com o discurso clínico, ou biomédico, tanto que a psiquiatria foi o único setor que teve as suas ações definidas e mantidas desde a fundação até o fechamento do serviço. Mas também interrogávamos: falaríamos de um distanciamento de um certo “projeto pedagógico” (nunca completamente definido nos documentos) ou da aproximação de uma forma de compreender e fazer educação especial norteadas principalmente pela racionalidade biomédica?

Observamos que apesar de teoricamente definido como um polo de atendimento em educação especial, as propostas educacionais norteadoras da sua implantação não faziam parte do cotidiano do serviço. Ao mesmo tempo, para quem trabalhava cotidianamente no CRAPNEE, não havia uma definição clara em relação a um projeto que organizasse o seu funcionamento. O serviço foi criado sem um plano de ação, mas que foi construído na medida em que a equipe ia se formando, não acarretando, no entanto, em um maior engajamento dos profissionais na sua construção. A fragilidade dos vínculos empregatícios (em sua maioria baseados em contratos temporários ou cargos comissionados) provocava uma alta rotatividade profissional.

No cotidiano do CRAPNEE, percebíamos que tanto a indefinição do seu projeto quanto a fragilidade que atravessava o serviço colaboravam para a configuração de um funcionamento fragmentado e individualizado, com uma ausência de diálogo entre as equipes. Diante de tantas indefinições e incertezas, parecia que as ações do CRAPNEE pouco dialogavam com as Políticas de Educação Especial do município. Foi preciso interrogar, portanto, quais “modos CRAPNEE” de fazer política, fazer clínica e produzir mundo eram ali construídos e quais eram seus efeitos.

Podemos dizer que o CRAPNEE construiu a sua própria política, diversa e separada das políticas de educação especial do município. É o que Benevides (2005) chama de despolitização do cotidiano, “digo despolitização para marcar o lugar exterior, separado, em que a política, em suas mais variadas formas, é lançada quando se trata da análise

das questões subjetivas” (BENEVIDES, 2005, p.22). O paradigma que sustenta esse processo é o de que ciência e política são esferas separadas e de que as práticas de cuidado não devem tratar de questões políticas, já que se ocupam de sujeitos abstratos, alienados de seus contextos, suas expressões existenciais são tomadas como dados a serem reconhecidos a priori (BENEVIDES, 2005).

Ainda que haja distinções, é impossível separar a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo, os modos de cuidar dos modos de gerir (BENEVIDES, 2005). Definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica que nos arrisquemos numa experiência de colocar em análise as formas instituídas, o que nos compromete politicamente (BENEVIDES, 2005). No campo da educação, trata-se, portanto, de buscar as responsabilidades dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, inclusive a nossa, como aponta Machado (2007).

Traços da forma de funcionamento do CRAPNEE davam também abertura para que a delimitação do seu público-alvo também fosse marcada por uma certa indefinição. Não havia uma distinção clara acerca das crianças atendidas no CRAPNEE, já que o seu público-alvo definia-se muito mais pela encomenda feita pela escola do que pelos documentos norteadores da Política de Educação Especial do município.¹⁴ Assim, a assistente social entrevistada definiu o público-alvo do CRAPNEE como:

“A criança especial mesmo, a criança com deficiência. Só que a lei fala muito em transtornos invasivos. Só que transtornos invasivos, você como psicóloga sabe, é extenso demais! Aí fica uma grande dúvida: se o menino não tem rendimento escolar, o CRAPNEE estaria *sugando*? Mas ele não sugar, quem estaria *sugando*? A própria equipe prioriza a criança especial, com deficiência intelectual. Mas, além disso temos que atender situações que não seriam para nós, mas não tem como não *sugar*. Encaminhamento da vara de infância, do conselho tutelar, a própria comunidade vem às vezes, as escolas particulares, outros municípios, é dificultoso, porque uma vez que é direito de todos, tem que ficar muito claro que o serviço está ligado a SEMED, atendimento às unidades de ensino.” (entrevista com assistente social)

O verbo *sugar* utilizado pela assistente social entrevistada produz em nós um estranhamento: sugar o quê e como? Sugar de quem? Sugar de onde? Ao mesmo tempo, a fala da entrevistada aponta para um vazio ou até mesmo uma imposição colocada ao CRAPNEE: se não fosse no CRAPNEE, onde seria? Quando o CRAPNEE fechou as

¹⁴ Não havia também um diálogo estabelecido entre as secretarias municipais de saúde e de educação.

suas portas, este mesmo sentimento foi evocado: e agora, para onde irão as crianças ali atendidas e suas famílias? Essas perguntas nos levam a pensar que o CRAPNEE atendia demandas que iam para além das queixas escolares.

No entanto, teoricamente os alunos atendidos no CRAPNEE deveriam ser aqueles que caracterizam a definição do público da educação especial elaborada pela Política Nacional e Municipal. As ações da educação especial deveriam abranger os alunos com deficiência¹⁵, transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação, e também os casos que implicam em transtornos funcionais específicos¹⁶. Porém, a própria abertura dos critérios referentes à definição do público-alvo das ações em educação especial faz com que todos os alunos que apresentam alguma dificuldade na aprendizagem possam ser considerados alunos com necessidades educativas especiais, tratando-se, portanto de uma extensão deste público-alvo para todo o público escolar. Com a expansão do sujeito da educação especial, o público-alvo do CRAPNEE não era prioritariamente o aluno com deficiência, mas a criança vista como anormal ou instável, que manifestava comportamentos tidos como indesejáveis pela escola.

A indefinição do público alvo da educação especial corre o risco de naturalizar a idéia de que os alunos cujos comportamentos diferem do que é esperado na escola também sejam englobados na categoria de “aluno especial”. De uma forma ou de outra, o CRAPNEE era um espaço que de fato acolhia diversas demandas e garantia alguns direitos diante de uma ausência de rede de saúde, saúde mental, educação e educação especial. Direitos que, em tese, deveriam ser de todos. Por isso não podemos desconsiderar esse papel que ele exercia e que é violentamente quebrado quando fecham

¹⁵ A Política Nacional de Educação Especial considera alunos com deficiência aqueles que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem tornar restrita a sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são definidos como “aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo” (MEC/SEESP, 2008, p.15). A política nacional também inclui nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil (MEC/SEESP, 2008).

¹⁶ Dentre os transtornos funcionais específicos definidos como público-alvo da Política estão: dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre outros.

suas portas com o mesmo descaso ou violência que o manteve durante 10 anos. Mas é preciso interrogar de que forma se dava essa acolhida.

Portanto, o que significaria dizer que este ou aquele aluno, esta ou aquela queixa passavam a ser vistos como do domínio da educação especial? O fato de toda demanda ser aceita não diz por si só sobre o “como” deste acolhimento e de seus efeitos. Como eram atendidas as demandas que chegavam ao CRAPNEE? Se o CRAPNEE era o espaço de “*apagar os incêndios da escola*”¹⁷, de que forma as demandas que ali chegavam eram acolhidas, lidas, reescritas, interferidas?

3.2 Sobre os movimentos de psiquiatrização e outros traços do serviço.

No capítulo dois discutimos como a expansão da psiquiatria e a generalização da noção de doença mental se deram pela abordagem da infância e da idéia de anormalidade, e não pela via do adulto e da doença (LOBO, 2008). Mostramos também de que modo os diagnósticos de transtornos de aprendizagem foram produzidos, colaborando cada vez mais para que o encaminhamento de crianças que apresentam comportamentos considerados problemáticos na escola a especialistas da área da saúde seja frequente, se configurando como uma prática que denuncia as relações históricas estabelecidas entre o saber médico, a educação e outros saberes como a psicologia (FOUCAULT, 2010; LOBO, 2008).

Historicamente, a entrada no campo da educação especial foi fundamentada em diagnósticos e nos conceitos de anormalidade/normalidade, cujo funcionamento é fortemente atrelado ao discurso biomédico, sendo comum que a psiquiatria seja convocada pela educação especial como o saber das doenças mentais, das anomalias e dos comportamentos tidos como instáveis ou desviantes. Discutiremos nesse capítulo como o funcionamento do CRAPNEE foi marcado por essa tradicional associação da educação especial com o saber psiquiátrico e sustentado por processos de psiquiatrização da vida escolar, que eram reforçados devido à fragmentação do serviço e aos processos de individualização de suas práticas.

¹⁷ Entrevista com psicóloga.

A demanda escolar chegava ao CRAPNEE através de relatórios¹⁸ via fax com queixas diversas, registradas por pedagogos, professores do ensino regular e/ou da educação especial. Os relatórios eram resultado da interpolação de diversos registros que traziam uma multiplicidade de possíveis histórias que não falavam somente de problemas da vida escolar, mas de problemas da vida no seu sentido mais amplo. Assim, os relatórios nos traziam uma diversidade de histórias ou fragmentos de histórias, submersos em seus escritos.

“O aluno Juliano, 10 anos, tem laudo de Transtorno Mental Infantil na Primeira Infância. Esse transtorno é caracterizado por importante comprometimento da expressão afetiva, da interação social e da linguagem. Há também atraso significativo do desenvolvimento cognitivo. E segundo declaração da mãe, Dona Marcela, Juliano faz uso de Ritalina 200mg e a gestação foi difícil. Dona Marcela afirma que o filho é autista leve porque distrai-se facilmente. Repete atitudes como bater o lápis na mesa, monopoliza um só assunto (Pokémon), desiste fácil de seus objetivos e é muito medroso. Apesar de tudo o que tem realmente preocupado Dona Marcela são as vigílias noturnas de Juliano. Por isso, o aprendiz está se apresentando ansioso e com medo excessivo de perder a mãe. Logo, o educando imagina um futuro péssimo para si próprio como: drogas, delinquência, morte e abandono. Pelo exposto acima, a responsável solicita juntamente com a escola, um acompanhamento sistemático para Juliano na área de psiquiatria.”

“A aluna Amanda, 11 anos, nasceu sem o ânus, fez cirurgia quando pequena para abertura do orifício e precisou usar aparelho para que não fechasse. Tem problema de intestino desregulado, fica muito nervosa batendo nos colegas para extravasar o que está sentindo. Pede pra ir ao banheiro sempre que possível, vai tendo dificuldade. A mãe é muito participativa em relação a vida escolar da filha, vem trazê-la e buscá-la todo dia, a ajuda nas atividades escolares estimulando-a pois tem preocupação com o desempenho de sua filha sabendo de suas dificuldades em relação ao seu desenvolvimento cognitivo e está repetindo a primeira série”.

Observamos que muitos desses relatórios traziam em seus escritos uma diversidade de histórias, muitas vezes já atravessadas por interpretações *psis* e médicas. Histórias que na escola já eram, de alguma forma, vinculadas a uma visão individualizada e medicalizada dos problemas da vida escolar. Nesse sentido, indagamos qual foi a função do CRAPNEE diante das queixas que lhe eram endereçadas: havia alguma abertura possível para a escuta dos difusos e polimorfos “problemas da vida”? O que era realmente acolhido?

¹⁸ Os relatórios pedagógicos também eram solicitados pelos profissionais responsáveis pelo atendimento de cada criança ao final de cada semestre, para de acordo com os relatos provenientes da escola, saber se haveria necessidade de dar continuidade aos atendimentos ao aluno.

Os relatórios eram recebidos pelo serviço social, que após uma leitura prévia marcava um horário para atendimento do aluno e sua família, onde era feita uma espécie de anamnese, buscando informações sobre a vida escolar do aluno, situação social e histórico familiar. A partir daí, avaliava-se a necessidade de atendimento nos outros setores (psiquiatria, psicologia e fonoaudiologia), a demanda ou não de passe-livre de ônibus para frequentar o serviço (garantido em todos os casos) e outros benefícios (em casos de famílias muito carentes). O serviço social também avaliava a possibilidade de encaminhar o aluno e sua família para outros projetos.

O encaminhamento para a psiquiatria não era obrigatório, porém foi o setor responsável pela maioria dos atendimentos no CRAPNEE, já que desde 2001, 5558 crianças passaram pelo psiquiatra. No ano de 2010, foram 656 alunos atendidos, sendo que muitos deles retornaram para atendimento no serviço mais de uma vez no ano. O número de encaminhamentos para a psiquiatria era bem maior que a dos outros setores do CRAPNEE, uma vez que grande parte destes 656 alunos não estava sendo atendida por fonoaudiólogo e/ou psicólogo, e muitas vezes iam à consulta apenas para buscar receita de algum medicamento ou um laudo para levar para a escola.

Já os outros setores abrangiam um número bem menor de alunos em relação à psiquiatria.¹⁹ Em dezembro de 2010, 115 alunos estavam em atendimento pela psicologia e/ou fonoaudiologia. Os atendimentos nesses setores exigiam uma frequência semanal e por isso tinham uma durabilidade maior do que os atendimentos na psiquiatria²⁰. O grande número de atendimentos realizados pela psiquiatria parecia indicar que no CRAPNEE estava em curso um processo de patologização das queixas ou demandas provenientes da escola, como as relatadas no início deste tópico, na medida em que todas elas recebiam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico ou médico ao passar pelo serviço.

¹⁹ Apesar do número maior de profissionais contratadas (eram 6 psicólogas, 7 fonoaudiólogas, 4 fisioterapeutas e um psiquiatra que ficava no CRAPNEE no máximo duas horas por dia).

²⁰ Além disso, as profissionais alegavam que o espaço físico insuficiente era um dos entraves para a realização de um número maior de atendimentos, tanto que as fisioterapeutas não realizaram nenhum atendimento nesse período e sua frequência no CRAPNEE era apenas para cumprimento de carga horária.

O psiquiatra registrava os seus atendimentos exclusivamente em cerca de 30 cadernos de capa dura. Cada página desses cadernos era numerada e correspondia a um “prontuário” de um aluno para posteriores consultas, onde encontramos pequenos registros sobre históricos familiares, diagnósticos, prescrições de medicamentos, encaminhamentos para exames de eletroencefalograma (EEG) e solicitações de passe-livre de ônibus para o sistema de transporte coletivo. Nos cadernos, encontramos tópicos nos quais a história da criança era resumida como “*agitação e agressividade*”, “*atraso cognitivo de dois anos*”, “*histórico de desmaio na família da mãe*”. Estas eram as explicações consideradas plausíveis para os diagnósticos de “*distúrbio da atenção, fala e aprendizado*” que se repetiam a cada página dos livros de registro consultados.

Observamos também nesses cadernos que o trabalho do psiquiatra seguia um procedimento padrão, baseado na prática exaustiva de solicitações de EEGs, na produção de diagnósticos e na prescrição de medicamentos psicotrópicos. Os CIDs F80 (transtornos específicos da fala e da linguagem), F81 (transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares) e F92 (transtornos mistos das condutas e das emoções) eram os que apareciam com mais frequência nos prontuários, geralmente associados a solicitações de EEGs e prescrições de medicamentos anticonvulsivantes, como a carbamazepina²¹.

A maioria dos alunos encaminhados ao CRAPNEE tinha contato apenas com a psiquiatria, assim, boa parte dos documentos que saía do serviço se reduzia a transcrições da página de anotação médica nos cadernos de registro do psiquiatra. Essa mesma página também estava presente nos outros prontuários, em meio aos relatos de profissionais e documentos e era esse mesmo registro que costumava fazer parte dos relatórios devolutivos que os profissionais do CRAPNEE enviavam para a escola. Além da fragmentação do serviço e da ausência de espaços de compartilhamento e troca entre os profissionais, era nítido que ali se mantinha uma hierarquia entre os saberes na qual a psiquiatria predominava entre os demais, ao menos nos registros escritos.

²¹ A carbamazepina pode ser encontrada no mercado com o seu nome genérico: tegretol.

De forma geral, os relatórios devolutivos apresentavam conteúdo meramente informativo, com conclusões breves e sucintas a partir da avaliação inicial dos profissionais, principalmente do médico. Os casos não eram detalhados, já que as profissionais imaginavam que correriam o risco de expor a vida das crianças (ou suas próprias vidas) nesses documentos se não seguissem uma “política de confiabilidade”. A estratégia encontrada para manter o sigilo das informações era comunicar somente a respeito dos procedimentos médicos, fazendo com que o conteúdo dos relatórios se tornasse praticamente transcrições literais da página do caderno do psiquiatra, como se o serviço social, a psicologia e a fonoaudiologia “assinasse embaixo” de tudo o que era dito pela psiquiatria ou compartilhassem entre si uma certa forma de pensar e responder à demanda que chegava ao CRAPNEE.

No relatório devolutivo, tínhamos pistas de um processo de transformação da demanda difusa, plural, polimorfa dos casos que chegavam até o CRAPNEE. Neles, a demanda inicial era inscrita na linguagem técnica dos saberes especialistas (psicológicos, fonoaudiológicos, sociais e principalmente do saber psiquiátrico), conforme podemos observar nas seguintes transcrições do relatório devolutivo enviado do CRAPNEE para uma escola municipal:

“Informamos que o aluno Juliano, 1ª série, turno vespertino, compareceu ao CRAPNEE em 18/10/2007 nos setores de serviço social e médico. Após avaliação foi observado dificuldade de aprendizagem, distúrbio de atenção. Foi solicitado EEG cujo resultado apresenta atividade elétrica cerebral sem grafoelementos patológicos. Na avaliação psicológica apresentada em 06/07/2007 é indicativo padrão cognitivo normal, com dificuldade leve na função executiva, compatível com diagnóstico de transtorno de hiperatividade. Mãe foi encaminhada para grupo psicoeducativo. Sugere-se nova avaliação neuropsicológica após 6 meses.”

Os relatórios devolutivos “informavam”, descreviam o atendimento realizado, prestavam conta do serviço efetivado, mas ao assim fazer, camuflavam o processo de produção e reinscrição (e, neste caso, de psiquiatrização e patologização) da demanda endereçada ao CRAPNEE, do qual eles também eram parte. Podemos dizer que diante da suposta política de confiabilidade, indiretamente havia um diálogo com o discurso psiquiátrico ou biomédico, que atravessava as práticas ali efetivadas e que acabou ganhando lugar de legitimidade em detrimento de tantas outras práticas

discursivas possíveis, ao menos nos registros escritos efetivados na instituição e por ela alimentados.

No lugar de acolher as queixas ou demandas escolares a partir de sua singularidade e complexidade, estas eram individualizadas e patologizadas pelos discursos especialistas e não somente pela psiquiatria. Falamos, portanto, de uma certa forma de compreender a relação entre educação e saúde, problema de aprendizagem e problema de saúde que perpassava a prática dos profissionais do CRAPNEE e a política que o possibilitava. Mais uma vez, víamos ser materializada a separação ou polarização entre clínica e política, entre clínica e pedagogia, entre clínica e educação. Parecia que a única clínica possível era aquela dos déficits e transtornos de aprendizagem, que a única pedagogia possível era aquela que desconsiderava a dimensão clínica, processual, inventiva e singular das práticas educacionais.

Observamos que o trabalho da fonoaudiologia, por exemplo, era baseado na idéia de que a criança não aprendia porque possuía um déficit de linguagem. Werner (2000) aponta que essa concepção diz que a criança consegue ouvir a linguagem normalmente, mas não é capaz de compreendê-la devido a déficits no processamento e na memória auditiva ou retardo na aquisição dos sentidos e dos conceitos. Como consequência disso, pode apresentar dificuldade na formação de frases, cometendo mais erros gramaticais e ser mais lenta para encontrar as palavras desejadas. Esses supostos déficits e retardos, além de interferir na linguagem falada, refletem também na leitura e na escrita. Nessa concepção, o déficit de linguagem também pode ser visto como consequência de problemas neurológicos. Assim, o trabalho da fonoaudiologia no CRAPNEE acabava por reforçar a idéia de que os transtornos de aprendizagem eram causados por patologias individuais ou déficits cognitivos.

A análise dos atendimentos psicológicos frente à queixa escolar também nos mostrou a predominância de um modelo teórico que entende a queixa escolar como um problema individual do aluno. Tradicionalmente, as explicações psicológicas para as dificuldades escolares consideram que muitas dessas dificuldades se tornam evidentes no momento em que a criança ingressa na escola, tanto pelas habilidades psicomotoras que exige, quanto pela tarefa de adaptação a um ambiente completamente novo, bem diferente do

familiar. Desse modo, a criança seria portadora de dificuldades emocionais e conflitos internos que se revelam ao entrar no desafiante universo escolar (DE SOUZA, 1997).

Esse modelo teórico sustenta ainda que tudo aquilo que se passa na vida escolar da criança era sintoma resultante de seus conflitos internos e familiares, tratando-se, portanto de “uma interpretação que não considera aquilo que se passa na escola, analisando as dificuldades do processo de escolarização como dificuldades de aprendizagem cujas causas são de caráter estritamente psicológico” (MACHADO & DE SOUZA, 1997, p.26). Dessa forma, as justificativas para as dificuldades no processo de escolarização

“(…) recaem sobre as dinâmicas familiares, as características físicas e psicológicas das crianças, estabelecendo uma falsa relação entre essas questões e dificuldades no processo de escolarização. São trabalhos que focalizam o olhar na criança revelando concepções de inteligência, psiquismo, afetividade, subjetividade, sujeito, como se houvesse na criança algo primordial, definitivo, independente das relações que ela habita, como se os fenômenos da vida, aquilo que a criança faz, funcionassem de forma racionalizada, exteriorizada, semelhante a um objeto que se constitui, se transforma e se molda fora das relações” (MACHADO, 1996, p.208-209).

Os atendimentos psicológicos no CRAPNEE eram baseados na idéia de que além de serem atribuídas a déficits cognitivos e intelectuais, as causas dos ditos “problemas de aprendizagem” endereçados ao serviço eram entendidas como problemas de âmbito emocional, fazendo com que as visões de mundo psi e biomédica fossem marcantes, reforçando o olhar individualizante tanto para as formas de trabalhar no serviço, quanto para o acolhimento das demandas recebidas.

Um dos grandes problemas observados nas práticas sustentadas por tais concepções é que fica implícita uma relação de causa-efeito entre problema individual, emocional e/ou biológico, dificuldade de aprendizagem. Machado & De Souza (1997) nos mostram que a adesão dos psicólogos a esse modelo medicalizante e psicologizante é reflexo de uma visão de mundo que nega as interferências das relações institucionais e sociais sobre o psiquismo. O profissional deixa de colocar em análise as possíveis conseqüências ou efeitos da entrada de seu discurso na escola.

Quando nossas práticas são sustentadas pelo olhar psicologizante/individualizante e, acrescentaríamos biologizante, legitimamos uma tentativa historicamente hegemônica de resolução da crise subjetiva, onde a meta a ser alcançada é o estado de normalidade e de adaptação (BENEVIDES & PASSOS, 2000). Resulta então uma Psicologia (bem como uma fonoaudiologia, fisioterapia, psiquiatria, etc.) que reduz o humano a uma dicotomia na qual se privilegia um dos polos como promessa de solução para os problemas vividos nos processos de escolarização.

O que parece sustentar essa prática é a crença na idéia de natureza humana: “natureza que orienta as atitudes corretivas e adaptadoras, e que faz da tarefa *psi* o mero atendimento de uma demanda inquestionável” (BENEVIDES & PASSOS, 2000, p.75). Mas se o saber é a produção de uma forma de ver o mundo e não uma descrição da realidade ou descoberta de algo é preciso então desnaturalizar os especialismos (LAVRADOR, 1999). O que se pretende nesse processo é um incessante exercício de problematizar a cristalização da prática-teoria, “um arrancarmo-nos dos lugares fixos, do mesmo *script*” (LAVRADOR, 1999, p.25).

O caso de André, um menino de mais ou menos dez anos de idade que atendi no CRAPNEE, indica algumas pistas para nossas indagações. Ele nos foi encaminhado pela escola com a queixa de que ele não abria a boca para falar e por isso era muito difícil entender alguma coisa que ele dizia. A fonoaudióloga percebeu que o problema de André não era físico, pois no decorrer dos atendimentos ele era capaz de abrir a boca normalmente. Só que, para falar, o menino não abria a boca de jeito nenhum. Mesmo assim, ela preferiu continuar o tratamento conforme manda o script das fonoterapias.

Certo dia, ela me procurou bastante preocupada dizendo que André não parava de falar em extraterrestres, fantasmas e monstros durante toda a sessão de fonoterapia. A questão então deixava de ser “ele não fala direito” e passava a ser “ele fala coisas estranhas”. Ela também se preocupou com o fato de que muitas vezes ele falava sozinho, como se houvesse uma terceira pessoa na sala. Por isso, me perguntou qual seria o diagnóstico possível para esse problema e pediu que fizéssemos atendimentos em conjunto para analisar melhor a situação.

Durante as sessões junto com a fono percebi que de fato o menino parecia incomodado com alguma coisa na sala e por isso decidi acompanhá-lo mais de perto. A trajetória escolar tida como problemática não parecia ser uma grande questão para André. O que realmente o preocupava era a possibilidade de existência de extraterrestres, monstros e fantasmas. André falava, e falava do que fazia sentido para ele. Ao falar ou silenciar, André também explicitava as vozes que nele falavam. Ele tinha medo: medo do escuro, dos barulhos e das sombras que percebia à noite quando se deitava para dormir. Sua mãe disse que, muitas vezes, ele até passava noites em claro por causa de seus medos. Perguntei se algum dia ela conversou com o filho sobre isso. Ela respondeu que sempre falava para ele que fantasma e ET não existiam, e que tudo isso não passava de “medos bobos de criança”.

Parecia que a fala da mãe não aliviava os medos e angústias de André. Para ele, esses seres de fato existiam e isso o preocupava bastante. Decidi seguir deixando com que André direcionasse o rumo das sessões, abandonando o lugar de especialista dos “problemas mentais” que nos é hegemonicamente atribuído. Ele precisava de alguém que falasse com ele e escutasse suas histórias não como “medos bobos de criança”, mas como histórias que eram problemas reais e que para ele faziam muito sentido. Era preciso também conversar com André sobre a escola, saber como se sentia lá, do que gostava, o que fazia, interrogar sobre quais vozes ouvia na escola e o que elas lhe diziam. Falar com André, mas falar também com a escola, com a família, com a “situação” responsável pelo seu encaminhamento ao CRAPNEE.

A história de André e de tantas outras crianças que passaram pelo CRAPNEE nos mostram que as queixas que recebíamos eram apenas a “ponta do iceberg” diante de tantas outras questões que constituíam as demandas que chegavam até nós. O CRAPNEE era uma instituição que acolhia uma diversidade de demandas não só da rede da educação, mas também da saúde e principalmente da assistência do município. O que chegava até nós era, portanto, uma demanda muito mais complexa do que imaginávamos. O CRAPNEE, apesar dos pesares, era visto como um lugar que tinha psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo; que acolhia aqueles que não conseguiam atendimento em outros serviços; que garantia direitos e benefícios numa sociedade altamente excludente. Eram “pedidos de socorro”, demandas desamparadas diante das dificuldades de construção de uma rede no município.

Como sugere Machado (1996), é preciso pensar o processo no qual se produz o encaminhamento de uma criança com problemas de escolarização para especialistas, ou seja, repensar o processo de produção de uma história de fracasso escolar implica necessariamente em mudarmos nossas perguntas. “Não mais o que a criança ‘é’ ou ‘não é’, o que ela ‘tem’ ou o que lhe falta, mas sim como funciona a rede de relações cotidianas na qual a criança está inserida como alguém a ser avaliada por um especialista” (MACHADO, 1996, p.44). Muitas crianças que nos são encaminhadas se encontram em um lugar cronificado na escola, o que nos exige resgatar uma capacidade de agir e pensar que lhes foi destituída, movimentando uma relação que se tornou cristalizada. Movimentar essa relação implica a participação dos pais, da criança, e principalmente das professoras (MACHADO, 1996) e, no caso do CRAPNEE, dos profissionais para os quais a demanda escolar foi endereçada.

Para que seja possível a escuta da singularidade e a diversidade dessas demandas, defendemos que é preciso repensar a forma de acolhê-las. O desafio é escutar esses pedidos de socorro acompanhando os seus processos de produção. Assim, ao invés de tentar entender o que falta à criança que vive dificuldades no processo de escolarização, o desafio (e a aposta) é fazer com que a própria criança produza e pense a sua história escolar. No lugar de anamneses a respeito de um dia na rotina da criança, é preciso conhecer como a professora entende os problemas do aluno, dando informações sobre o contexto de sala de aula. Em vez de buscar informações sobre os primeiros meses de vida da criança, é essencial buscar dados sobre as suas experiências no universo escolar, problematizando junto com a criança as queixas feitas a seu respeito (MACHADO, 1996).

É preciso uma oferta de uma escuta de modo que as intensidades da existência afetem aquele que fala, pressupondo que este perceba também um acolhimento sensível por parte daquele que escuta (KUPERMANN, 2003). De acordo com Freitas (2012), não se trata de *dar voz* a esses sujeitos que nos endereçam tantas demandas, eles já as têm, “é preciso escutá-las, despindo-nos de nós mesmos, de nossos pré-conceitos, até onde for possível para forjar o inesperado” (FREITAS, 2012, p.12).

Portanto, não basta falar das crianças ou interpretá-las, mas falar com elas, de modo que haja produção de sentido nesse diálogo. Para isso, é necessário que esse acolhimento seja sensível não só ao que a criança diz, mas também a todos os processos que perpassam a sua vida escolar. O que nos interessa é poder problematizar a produção desses encaminhamentos, traçar o contexto da composição dessas demandas, como determinadas forças se atravessam e que efeitos são produzidos nessas relações. Isso significa que a nossa tarefa não é só escutar a criança e quem a acompanha até nós, é preciso considerar também as interferências da escola, da família, da rede de saúde, da rede assistencial para que suas vidas não sejam reduzidas a fracassos e transtornos mentais. Nesse sentido, abre-se a possibilidade de fazer com que a crença de que “é tudo problema de cabeça” se transforme em uma afirmação questionável.

Dessa forma, acreditamos que se podem produzir outros modos de acolhimento para essas queixas para que assim sejam traçados outros destinos e trajetórias escolares para essas crianças. Essa seria uma direção possível para a reorientação das Políticas e ações de educação especial em Vila Velha após o fechamento do CRAPNEE. Mas assumir essa direção não seria apenas uma questão de escolha, afinal, além de uma certa forma biomédica de ver e acolher as demandas escolares sabemos que determinados processos que atravessaram o CRAPNEE fortaleciam práticas fragmentadas e individualizadas.

3.3 – Que práticas foram processadas?

Para colocar em análise o modo como o CRAPNEE acolheu as demandas da educação especial do município, é necessário traçar o panorama da equipe profissional, que, como foi dito anteriormente, era atravessada por processos de trabalho fragmentados e individualizantes e dessa forma colocou determinados funcionamentos em prática no serviço.

A maioria dos profissionais que atuavam no CRAPNEE não tinha formação específica na área de educação especial. O psiquiatra, inclusive, tinha experiência de trabalho na área de saúde mental, no antigo hospital psiquiátrico Adauto Botelho²², e não em psiquiatria infantil. Dentro do CRAPNEE, apenas uma assistente social teve sua

²² Atual Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)

formação desde o começo voltada para a Educação Especial, cuja prática trazia um olhar pedagógico, mas ao mesmo tempo descrevia a educação especial como uma questão biomédica. A neurologista entrevistada, especialista em neuropediatria, com formação específica na área da deficiência, atendia a demanda do CRAPNEE em outros serviços como o CRE (Centro de Referência em Especialidades) e a Pestalozzi. Já as psicólogas e fonoaudiólogas definiam sua formação como apenas clínica e a maioria delas não tinha experiência alguma na área da educação especial.

Estávamos diante de uma equipe profissional diversificada, composta por uma minoria de profissionais com currículo extenso na educação especial e uma maioria cuja primeira experiência na área estava sendo no CRAPNEE. O vínculo empregatício de tais profissionais era sustentado principalmente por indicações políticas e contratos temporários. Na fala de um dos entrevistados, o CRAPNEE *“Acabou virando um cabide de emprego, com pessoas que estavam lá sem condições de estar, sem condições de entender/atender”*²³

As frequentes mudanças de gestão da Secretaria Municipal de Educação e na coordenação da educação especial colaboravam para que o trabalho se configurasse de forma instável e fragmentada, onde *“ninguém coordenava nada, era uma coisa de todo o mundo e de ninguém ao mesmo tempo”*²⁴. A instabilidade das coordenações colaborava para uma indefinição da política e dos projetos a serem efetivados na educação especial. Com tantas mudanças de coordenação, não havia uma definição clara sobre o trabalho no CRAPNEE, cada um fazia o queria, tornando o seu funcionamento cada vez mais fragmentado e individualizado. As poucas tentativas de organização do serviço que aconteceram baseavam-se no controle dos horários de chegada e de saída dos funcionários e na reorganização do espaço físico, mas parecia que nada adiantava, pois *“a coordenação era praticamente imaginária, porque não influenciava no nosso dia a dia”*.²⁵

²³ Não ficou muito claro na transcrição do áudio se o entrevistado (gestor da educação especial) disse *atender* ou *entender*. De uma forma ou de outra, ambos significantes dizem respeito à dificuldade encontrada pelos profissionais no serviço e por isso decidimos mantê-los no texto.

²⁴ Entrevista com psicóloga

²⁵ Entrevista com psicóloga

O projeto do CRAPNEE que definia as suas funções e objetivos jamais fora lido e discutido coletivamente pela equipe profissional. Não havia uma frequência de reuniões para organizar o trabalho, estudar e discutir casos entre a equipe. Na ausência de um espaço oficial para isso, algumas vezes, as profissionais recorriam umas as outras e acontecia alguma troca de experiências e discussões de casos. Em meio a um funcionamento fragmentado e individualizado e diante da falta de recursos, as profissionais compravam o próprio material e compartilhavam entre si para que o trabalho pudesse acontecer de alguma forma. Inicialmente, parecia que, ao menos nestes casos, configurava-se a possibilidade de alguma troca no processo de trabalho dentro do CRAPNEE.

O trabalho era fragmentado tanto internamente, quanto externamente, no que se refere à conexão do CRAPNEE com as escolas. Não havia também um projeto que ligasse esses estabelecimentos de forma direta, e o diálogo se dava basicamente através de relatórios enviados por fax. Era raro que essa comunicação acontecesse de outra forma, fosse através de um contato telefônico, fosse por uma visita dos profissionais às escolas, ou da escola ao CRAPNEE.

A ausência desse diálogo produzia um mar de dúvidas em relação à demanda da escola, fazendo com que a comunicação se resumisse a uma obrigação burocrática por parte dos profissionais do CRAPNEE, justificada pela distância entre os saberes especialistas da instituição e o saber leigo-pedagógico da escola. As profissionais acreditavam que a escola não entenderia a linguagem sobremaneira técnica utilizada nos relatórios, e por isso preferiam somente informar à escola algum posicionamento com conclusões pouco claras sobre o caso.

“Eu achava uma coisa mecânica. Eles mandavam o relatório como se tivesse aquela obrigação de mandar, porque a criança não estava indo bem na escola e a gente por normas tinha que responder sempre a mesma coisa pra escola porque era obrigação, era norma interna.”
(entrevista com psicóloga)

As profissionais preferiam não entrar em muitos detalhes nos relatórios, pois imaginavam que corriam o risco de expor a vida das crianças nesses documentos se não seguissem uma certa política de confiabilidade. Essa prática se atualizava também

nos registros dos prontuários dos alunos. Os registros das psicólogas e fonoaudiólogas informavam somente sobre a atividade realizada naquele dia ou se havia comparecido para atendimento no serviço. Foram poucos os prontuários nos quais observamos registros de fragmentos da história de vida do aluno.

Para Despret (2011), é comum considerarmos que o segredo profissional é uma garantia de proteger o paciente. Entretanto, o segredo se constitui como uma técnica particular cujo objetivo é a produção de um processo específico. Não se trata de buscar compreender a essência do segredo, mas sim de explorar o que é produzido com essa prática.

A política de confiabilidade efetivada no CRAPNEE era afirmada como uma forma de “*se resguardar enquanto profissional*” porque não se tinha conhecimento algum de como e por quem esses documentos seriam recebidos na escola. Despret (2011) afirma que contrariamente ao que geralmente é dito, o segredo visa muito mais proteger o profissional do que o paciente. O segredo, portanto, não organiza apenas o que é público e o que é privado acerca da vida do paciente, ele produz o mesmo na prática do profissional, fazendo com que seus saberes também se tornem privados, livrando-os da obrigação de prestar contas a outras pessoas interessadas no caso.

“Como garantir o *controle legítimo sobre o trabalho*, e, portanto, a autonomia, em um domínio de um lado cada vez mais marcado pela concorrência entre as diversas profissões de ajuda e de cuidado – as reivindicações ao direito de cuidar não sendo mais o apanágio exclusivo dos psiquiatras – e de outro lado no qual os campos de competência se sobrepõem? O saber técnico não pode por si só assegurar essa legitimidade. Esse último é transmissível, público, e pode ser expresso na forma de um código racional, formulado com precisão, e, portanto, suscetível de ser abertamente comunicado aos estudantes e mesmo às pessoas externas à profissão. Em outros termos, a formulação de um saber especializado sob a forma de regras e de prescrições tem por consequência aquilo que define a competência de uma profissão repousa sobre um saber acessível às pessoas externas, abrindo assim a profissão a um controle externo e assim à ameaça sempre possível do dever de *prestar contas*” (DESPRET, 2011, p.12).

As relações estabelecidas entre os profissionais do CRAPNEE e entre estes e a escola pautavam-se pela desconfiança, onde o compartilhar era visto com suspeita e receio. Por isso, acreditavam que era melhor não dizer muita coisa nos relatórios do que expor a vida das crianças ou a prática de profissionais que, de certa forma, estavam inseguros

quanto às suas atribuições, gerando um clima de desconfiança num serviço onde quase tudo parecia estar sempre sob suspeita.

A política de confiabilidade atualizava, portanto, a fragmentação dos processos de trabalho, um dos aspectos marcantes do funcionamento da instituição. Tanto que, sob o ponto de vista das psicólogas e das fonoaudiólogas que atendiam os alunos no CRAPNEE, o trabalho do médico não tinha relação com o serviço. A psicóloga entrevistada afirmava que não havia recursos na instituição para que o trabalho se desse de forma adequada ao modelo biomédico tradicional:

“Ele tinha que estar num P.A., num lugar que pudesse ter um médico. As crianças deveriam ser encaminhadas para um lugar médico, onde tivesse condições para um médico atender. Poder medir uma pressão, não sei o que o médico tem que ter de material mínimo pra fazer um atendimento. Um estetoscópio, sei lá, alguma coisa, uma maca, uma pia pra ele lavar mão. Acho que não tinha condições de ter um médico.”
(entrevista com psicóloga)

O que esta fala indica é que alguns profissionais do CRAPNEE pareciam não saber qual era a função da psiquiatria no serviço, definindo o trabalho como inútil ou inadequado. A informação que tinham era via mães ou familiares que acompanhavam as crianças nas consultas. A psicóloga entrevistada relatou que “*as mães dos alunos reclamavam que não podiam falar nada nas consultas (psiquiátricas)*”. Assim, o contato entre profissionais quase inexistia e a ausência de comunicação entre a psiquiatria e os outros setores era evidente. Foram poucas as vezes que vimos uma discussão de caso ou qualquer tipo de diálogo do psiquiatra com esses setores.

A organização dos registros dos profissionais evidenciava a fragmentação do trabalho no CRAPNEE. Observamos que a psicologia e a fonoaudiologia registravam suas atividades (cada uma de acordo com a sua linguagem técnica) em pastas compostas por uma coletânea de diversos tipos de documentos, entre eles relatórios pedagógicos, laudos médicos, resultados de exames, relatórios devolutivos, enfim tudo que de alguma forma se referia à vivência do aluno na instituição. Já os registros do psiquiatra ficavam num arquivo exclusivo, separado dos outros setores. Este arquivo era mantido desde a entrada do psiquiatra na instituição, ou seja, desde a sua fundação.

Apesar do trabalho do psiquiatra ser visto como inútil e inadequado por boa parte das profissionais, observamos que ele ocupava um lugar de destaque no CRAPNEE. Ele era o único profissional que permaneceu no serviço desde o começo até o seu fechamento, mesmo com tantas mudanças de coordenação. Seu vínculo empregatício era diferenciado dos demais, na medida em que, conforme já foi dito, foi cedido da secretaria de saúde para a educação. Além disso, era o único profissional que recebia salário com o adicional de produtividade. Nesse sentido, podemos dizer que a política de confiabilidade operada pelas psicólogas e fonoaudiólogas do CRAPNEE, diante de seus esforços para proteger os seus domínios técnicos, além de colocar em funcionamento um trabalho fragmentado, permitiu também que o discurso psiquiátrico ocupasse um lugar de destaque entre tantas outras práticas discursivas possíveis.

4 – HISTÓRIAS ANALISADORAS

Em todo o nosso percurso problematizamos o nosso cotidiano no CRAPNEE através dos relatos dos profissionais que ali atuaram (inclusive eu) e da análise de suas políticas. Continuaremos a seguir esse caminho, mas agora falaremos de acontecimentos que poderiam ter passado despercebidos por nós, mas que insistentemente retornavam pois tinham algo para dizer. São histórias que revelam a natureza do instituído e, por isso, analisadoras, que por si só nos dizem muito sobre o cotidiano do CRAPNEE.

A primeira história fala de um acontecimento mais recente, no momento em que retorno ao serviço como pesquisadora. Já a segunda, trata-se do relato do atendimento de um menino de 11 anos, na época em que era funcionária do CRAPNEE. As histórias trazem problemas de suma importância para a nossa pesquisa, destacando, por exemplo, a função do laudo médico e do EEG, que habitou o CRAPNEE desde a sua fundação até o momento em que suas portas foram fechadas.

4.1 “Eu vim marcar uma receita...”

No início de 2011, visitamos o CRAPNEE para fazer uma das leituras dos prontuários. A única pessoa que encontramos por lá foi Maria²⁶, auxiliar de serviços gerais, que nos informou que o serviço estava sem secretária porque a prefeitura ainda não havia feito a convocação de novos funcionários. Também nos informou que o psiquiatra já havia feito os atendimentos naquele dia e já havia ido embora. Mas a conversa fora interrompida pela chegada de uma moça que aparentava ter uns 30 e poucos anos, que se dirigiu a Maria e disse:

“Bom dia, eu vim marcar uma receita.”

Maria pergunta o nome da moça, abre a gaveta da mesa da secretária e pega uma pastinha de plástico e começa a procurar pela receita médica para ela. Encontra a receita e entrega para ela, a moça agradece e vai embora. Perguntamos a Maria o que a moça

²⁶ Nome fictício.

queria no CRAPNEE. Maria afirma que a moça fora ao CRAPNEE para buscar a receita da medicação do neto de sua vizinha, que fora deixada pelo médico na secretaria. A prática de dispensa de receitas e laudos médicos sem uma consulta com o psiquiatra era bastante comum. Por inúmeras vezes vi a secretária abrir aquela gaveta e retirar uma receita ou um laudo da pastinha e entregar para as mães dos alunos. Essa prática tão simples e costumeira dizia que, ao menos em parte, o CRAPNEE se atualizava como um serviço que dispensava receitas e laudos médicos. Se o aluno estivesse sem medicamento, não precisava retornar ao psiquiatra, ser reavaliado e reanalisado no que dizia respeito à pertinência ou não da medicação: bastava que o médico fosse avisado, que ele emitia a receita e deixava com a secretária. As mães diziam que a criança não podia ficar sem o medicamento de jeito nenhum, e para atender essa demanda as receitas eram dispensadas de qualquer jeito. Quando interrogada sobre o fechamento do CRAPNEE, a neurologista enfatizava também este aspecto: “*as crianças vão ficar sem medicamento?*”.

A produção de laudos ou diagnósticos é uma lógica que historicamente perpassa a educação especial. De certo modo, o aluno tido como “especial” é aquele marcado por uma deficiência ou transtorno, que ao ser confirmado por um diagnóstico médico, serve como um potente dispositivo de garantia de direitos para o público-alvo das políticas de educação especial. Assim, a tendência geral fortalecida pela exigência administrativa de laudos e CIDs, é que toda demanda que chega à educação especial seja transcrita em termos diagnósticos.

Neste sentido, a própria lógica de funcionamento da educação especial colabora para fortalecer os processos de psiquiatrização da demanda que é a ela endereçada. Ao explorarmos o funcionamento do CRAPNEE, vimos que a produção de diagnósticos confirmava sua função de garantia de direitos para os alunos da educação especial. Nas palavras de Nikolas Rose (2010), podemos dizer que, o CRAPNEE operava como um dispositivo produtor e legitimador de cidadanias biológicas, cuja produção o antecede e o engloba.

Existem legislações específicas que permitem que direitos sejam garantidos, desde que haja diagnósticos que os legitimem através de laudos médicos que comprovem algum tipo de deficiência. A lei que regulamenta o Passe Livre no Transporte Coletivo

Intermunicipal da Grande Vitória –E.S, por exemplo, (lei complementar nº 213 de 04/12/2001) nos mostra a dimensão da positividade dos diagnósticos para garantia de acesso a este direito²⁷. O inciso 1 do artigo 7 afirma que a gratuidade será concedida ao beneficiário que comprovar pelo menos uma das deficiências descritas no artigo 3 (deficiência física, mental, auditiva, visual, etc.). Além disso, vale ressaltar o artigo 8 desta mesma lei²⁸:

“Art. 6º - Os Portadores de doença mental ou deficiência mental, com qualquer idade terão direito a acompanhante, e os demais beneficiários de que trata o art. 1º terão direito ao acompanhante, desde que comprovem esta necessidade através de laudo médico da rede pública, na forma do disposto no art. 8º da presente Lei.”

A garantia de direito ao passe livre para os alunos que frequentavam o CRAPNEE era uma questão central, como podemos ver no encaminhamento feito pelo psiquiatra à empresa de transporte público da grande vitória (CETURB):

“O aluno necessita de passe livre de ônibus com acompanhante para dar continuidade ao tratamento. Apresenta CID F80 + F92”.

O diagnóstico mais usado pelo psiquiatra na elaboração dos laudos era o de “transtorno da conduta e das emoções”. Encontramos essa categoria no CID-10 com o código F92 com a seguinte descrição:

Grupo de transtornos caracterizados pela presença de um comportamento agressivo, dissocial ou provocador, associado a sinais patentes e marcantes de depressão, ansiedade ou de outros transtornos emocionais. Para um diagnóstico positivo, o transtorno deve responder ao mesmo tempo aos critérios de um transtorno de conduta da infância (F91) e de um transtorno emocional da infância (F93) ou de um transtorno neurótico do adulto (F40-F48) ou de um transtorno do humor do adulto (F30-F39)²⁹

Observamos em nosso cotidiano de trabalho que os laudos eram bastante solicitados a pedido da escola. A assistente social entrevistada nos explicou que o laudo servia para garantir o acompanhamento do aluno por um professor de educação especial.

²⁷ Trazemos a questão do passe livre como “direito” a ser analisado aqui devido à presença constante de sua demanda nos casos atendidos no CRAPNEE.

²⁸ Art. 8º - A CETURB - GV credenciará profissional ou equipe médica, a seu critério, da rede pública de saúde, que procederá à avaliação Clínica do requerente ao beneficiário desta Lei.

²⁹ Fonte: http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f90_f98.htm acesso em 23/01/12

“Nós precisamos que o médico faça um laudo pra que a mãe vá até a escola e coloque no prontuário pra garantir o direito de ter um professor de educação especial ao seu lado, porque nós ainda temos na escola crianças tão despercebidas com deficiência intelectual, que chega no final do ano o professor diz “nossa eu não sabia que ela tinha um problema”, quer dizer: “não direcionei nenhum trabalho”, isso é muito sério!

Era comum no final do ano letivo ocorrer uma avalanche de pedidos de laudos médicos para o CRAPNEE, já que o documento também funcionava como um respaldo para garantir a aprovação automática dos alunos encaminhados para a educação especial. Para alguns, a prática de distribuição de laudos e receitas médicas no CRAPNEE servia também como uma ferramenta de desresponsabilização para as escolas diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano escolar, conforme apontaram nas entrevistas:

“Eu já tinha a idéia de que aquilo ali era um escape dos professores das escolas. Assim, se a criança não estava aprendendo, vamos mandar pro CRAPNEE.” (entrevista com fonoaudióloga)

“Pras escolas era ótimo, porque se tinha um problema, mandava pro CRAPNEE e o CRAPNEE mandava o devolutivo. Tava ótimo pra escola, pra mãe e pra família também. Porque a escola queria as vezes se livrar ou queria uma resposta: “esse aluno tem problema”. Então o CRAPNEE era confortável pra escola” (entrevista com gestor da educação especial)

Diante de tais falas, poderíamos argumentar: desresponsabilização? De quem? O pedido de “ajuda” da escola ao CRAPNEE ou à educação especial não poderia ser visto como uma tentativa de criar outras parcerias? Não seria este um indicador de que a escola precisa de ajuda? A escola também não precisa de conforto? Era esta a função, então, do laudo, produzir conforto para a escola, para os pais, para alguém? O laudo estaria se configurando como uma espécie de ajuda ou suporte oferecido pelo saber biomédico? Diante um suposto “não-saber” a respeito das dificuldades encontradas em seu cotidiano, a educação estaria convocando o saber médico como uma forma possível de dar conta dessas questões?

De Freitas (2011) nos mostra em sua tese que o pedido de ajuda da educação a psiquiatras, neurologistas e pediatras diante um suposto “não-saber” a respeito das dificuldades enfrentadas em seu cotidiano fala muitas vezes não de uma apropriação do saber médico pela escola, mas de uma desautorização do próprio saber pedagógico em relação à gestão das demandas da escola. Afinal, como mostramos no capítulo dois, não é de hoje que o discurso biomédico tem ocupado um lugar de destaque na educação,

tido como saber legítimo nos assuntos referentes a problemas no processo de escolarização.

“A escola me mandava bilhetinhos pela mãe, sugerindo que se pedisse uma ressonância magnética, uma tomografia computadorizada, ou se passasse determinada medicação se não seria melhor pra aquela criança problema.” (entrevista com psiquiatra)

Desautorização não apenas do saber pedagógico, mas também dos outros saberes que não alimentavam o saber biomédico. Desautorização acompanhada, no entanto, de uma função beneficiadora e assistencialista.

“Eu acho que o médico tinha essa função importante, ele era idolatrado porque ele dava alguma coisa. A assinatura dele numa declaração dava o passe livre pra criança. Ele ali dentro facilitou o acesso da criança ao atendimento psicológico e fonoaudiológico que tinha lá. Pra mãe não ter que ir em outro lugar pra conseguir essa consulta com o psiquiatra que ia dizer que essa criança era especial e que ela estava em atendimento, porque a gente não é nada, nossa assinatura não vale nada... se a gente disser que a criança precisa de atendimento, não vale nada, tem que ser um médico. Colocar um F lá, assinar e bater o carimbo.” (entrevista com psicóloga)

A expansão da demanda de atendimento no serviço foi produzida por esse processo de garantia de direitos para os alunos da educação especial, fazendo com que a distribuição de laudos e receitas médicas fosse atravessada por uma política assistencialista. Tal prática é vista como problemática pelo próprio psiquiatra, que questiona o vínculo construído na relação entre os profissionais e as crianças atendidas no CRAPNEE. Ele afirma que mesmo que os casos predominantes no serviço fossem os relacionados à epilepsia e déficit de atenção, o problema maior era a falta de assistência dessas famílias.

“O vínculo de transferência do psiquiatra no atendimento das crianças e da família não foi bom, porque foi criado um vínculo medicamentoso e um vínculo de problemas sociais sérios de subsistência. As mães queriam um retorno muito mais abrangente, mais que uma simples consulta com o psicólogo e com o psiquiatra pra cuidar do seu filho, eles queriam muito mais que isso.” (entrevista com psiquiatra)

Observamos que nos atendimentos da psiquiatria, a relação não se estabeleceu entre médico – paciente, mas muito mais com a dispensa de receitas de medicamentos e laudos para aquisição do passe livre, mas não podemos nos deter na idéia de que a

expedição de laudos pelo CRAPNEE teve como efeito somente a garantia de direitos para os alunos atendidos no serviço. Diante da dificuldade em definir suas próprias atribuições e atravessado por uma política assistencialista, o CRAPNEE se configurou como um lugar que acolhia não só o público da educação especial, mas também as famílias que não conseguiam atendimento em outros serviços. Considerando que o município de Vila Velha é marcado por uma política assistencialista, o CRAPNEE acabou adquirindo a função de “apagar os incêndios” e “tapar os buracos” da rede, como a própria psicóloga entrevistada nos afirmou.

Mas é preciso problematizar a utilização dos laudos como porta de entrada para a educação especial, para além da garantia de direitos e da operacionalização de políticas assistencialistas. O laudo como parecer técnico é entendido como um instrumento definitivo na explicação dos problemas de aprendizagem dos alunos. Machado & De Souza (1997) afirmam que a maioria dos profissionais desconhece a força desse instrumento no meio escolar e as consequências de sua utilização são as mais diversas, mas em geral, “todas elas contrárias ao fortalecimento do aprendizado e reforçadoras da estigmatização já sofrida pelas crianças na escola” (MACHADO & DE SOUZA, 1997, p. 26).

4.2 “É tudo problema de cabeça!”

Certa vez, uma fonoaudióloga me encaminhou para atendimento psicológico um menino de 11 anos chamado Rafael³⁰, dizendo que ele desenvolvia pouco nas atividades durante os atendimentos e não parava um segundo sequer. Mas ele não sossegava mesmo e a gente sabia direitinho quando ele chegava ao CRAPNEE por todo estardalhaço que ele fazia. Falava com todo mundo que via pela frente e costumava mudar de assunto numa velocidade que ninguém conseguia acompanhar. Sem pudor algum, colocava apelido nas pessoas, reparava no corte de cabelo e nas roupas. Falava o que lhe vinha à cabeça, sem a preocupação em agradar os outros. O que a escola nos dizia sobre Rafael:

“Rafael é uma criança ativa, inquieta, ótimo relacionamento com colegas e funcionários. Apesar de ser uma criança observadora, tem

³⁰ Nome fictício.

grande dificuldade de memorizar letras, escrita de nomes e numerais. Possui grande vontade de aprender, constantemente solicita aos professores que o ensine. Grande dificuldade de concentração, atenção e abstração. Por isso o trabalho realizado com o aluno é sempre feito com materiais concretos e com adaptação de fatos do seu dia a dia junto com o conteúdo que é dado.”

Encontramos em seu prontuário os registros do psiquiatra com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e dizendo que Rafael fazia uso de carbamazepina. Um dia ele chega para o atendimento comigo com um grande envelope branco, com uma eletroencefalografia impressa. Ao apontar para as ondas desenhadas no exame, me disse:

“Você tá vendo isso aqui? É tudo problema, é tudo problema!”

Pergunto a ele porque estava me dizendo isso, e ele responde com toda convicção:

“É tudo problema, problema de cabeça!”

Rafael parecia ter muita certeza do que me dizia naquele momento, porque para ele aquilo fazia muito sentido. Se ele era visto como um aluno-problema na escola e ia ao médico para cuidar disso, o EEG era o exame que servia para detectar “*problemas de cabeça*” mesmo. A história de Rafael parecia falar da história de várias outras crianças que passaram pelo CRAPNEE. A solicitação de EEGs era uma prática muito comum no serviço. Quase todos os alunos atendidos já haviam feito o exame pelo menos uma vez em suas vidas. Mas qual seria a função do EEG? Seria uma ferramenta para diagnosticar problemas de aprendizagem ou para legitimar diagnósticos?

Werner (2000) nos explica que O EEG foi um exame muito utilizado na década de 60 para comprovar o diagnóstico de dislexia em crianças, mas hoje não é considerado um instrumento válido para estabelecer relações entre o funcionamento neurológico e os distúrbios de leitura. O autor aponta que revisões recentes do exame demonstram que as pesquisas realizadas na década de 60 foram feitas através de estudos cientificamente inadequados. Porém, tanto nos EUA como no Brasil, o EEG continua sendo um dos

exames mais solicitados na avaliação diagnóstica para queixas escolares, já que as pesquisas que criticam os resultados do EEG questionam apenas as falhas metodológicas na produção das pesquisas, mantendo intactas as concepções que localizam no funcionamento neurológico do aluno as causas dos problemas de aprendizagem.

Interrogados sobre a prática constante de solicitações de EEG no CRAPNEE, os médicos entrevistados revelaram que era comum que os pais dos alunos chegassem às consultas dizendo que *“precisa fazer um elétrico nesse menino, ele tem problema”*³¹, como se o EEG fosse um indicador de uma solução para o suposto problema de aprendizagem da criança ou a confirmação de que algum problema havia e que este era “de cabeça”. Mesmo explicando à família que o exame tinha como função apenas a detecção de atividade epiléptica, os médicos confessavam que solicitavam EEGs para satisfazer a demanda das famílias, cientes de que o exame não tinha função de diagnosticar deficiência mental, problemas de aprendizagem ou TDAH.

No entanto, O CRAPNEE era atravessado pela crença de que o EEG era uma ferramenta capaz de visualizar os problemas de aprendizagem nas atividades cerebrais. O EEG era comumente visto como uma ferramenta para detectar *“problemas de cabeça”*,

“O EEG consegue visualizar a questão cerebral e aqui a gente brinca que é um “radinho fora da estação”: tem crianças que são muito agitadas, outras pouco agitadas e outras ditas normais na leitura de um EEG. Nessa visualização conseguimos perceber várias coisas da criança, se ela tem uma disritmia, entre outros fatores” (entrevista com assistente social)

Diante da crença das famílias e de profissionais do CRAPNEE de que o EEG é uma ferramenta importante para diagnosticar problemas de aprendizagem, a neurologista e o psiquiatra entrevistados pareciam confirmar tal crença e confortar a angústia das famílias fazendo de conta que os “radinhos-fora-da-estação”³² poderiam ser sintonizados através dos “elétricos”.

³¹ Segundo o psiquiatra e a neurologista entrevistada.

³² Entrevista com assistente social.

“No começo eu falava que o EEG era pra ver se tinha uma atividade epiléptica, mas eu vi com o tempo que isso era uma frente de luta que eu não queria encarar, de ficar negando quando a mãe ou a família pedia um EEG. Pedia, não custava nada, quer dizer, me custaria o quê? O meu orgulho pessoal? Besteira! Mesmo sabendo que a criança não necessitava de EEG eu pedia pra que a mãe tirasse um pouco a sua ansiedade” (entrevista com psiquiatra).

A crença de que problemas de aprendizagem ou que certas queixas escolares podem ser explicadas devido a um “problema de cabeça” detectável por um EEG é anterior e mesmo exterior ao CRAPNEE. Mas quais são os efeitos do fortalecimento e da naturalização desta crença no funcionamento deste serviço?

Como vimos no capítulo 2, não é de hoje que essa visão de mundo invadiu o imaginário popular e o universo educacional. Essa visão de mundo chega ao CRAPNEE e, embora não seja completamente aceita pelos médicos, também não é desconstruída por eles e nem por nenhum outro profissional. Os EEGs continuaram sendo solicitados e Rafael chega até mim dizendo que os desenhos das ondas no exame representam “problemas de cabeça”.

Encontramos aí um círculo que se auto-alimenta: a escola ou a família detecta um problema na criança e a partir disso se constrói uma determinada demanda ou queixa escolar, descrita em relatório e enviada via fax para o CRAPNEE. Lá, a criança e a família eram acolhidas e encaminhadas prioritariamente para um psiquiatra. A este, a família solicitava provas concretas sobre o problema da criança (EEG) que deveria ser seguido também por uma solução concreta, o medicamento. O EEG era realizado e o medicamento solicitado. O CRAPNEE enviava um relatório devolutivo à escola dizendo que o EEG foi realizado, que a criança tinha um determinado diagnóstico e que estava em tratamento.

Neste círculo, o EEG ajuda a produzir e fortalecer a idéia de que o problema, qualquer que ele seja, é individual e localizável no cérebro, na medida em que nem sempre a criança sabe por que ela foi encaminhada ao serviço. Portanto, é sobre os efeitos do fortalecimento deste círculo (nas crianças, nas escolas, nas famílias e na própria instituição) que devemos interrogar.

A assistente social afirma que o trabalho no CRAPNEE teria como função básica “*parar com essa agitação psicomotora pra poder melhorar a atenção e a criança poder desenvolver*”. Portanto, com o trabalho baseado na terapia medicamentosa, principalmente com a prescrição de anticonvulsivantes na função de estabilizantes de humor, vemos que o aluno encaminhado ao CRAPNEE era comumente visto como

“o aluno repetente, que definitivamente não aprende, aquela criança que por força da lei está cursando o quinto ano, mas não domina o alfabeto (...) os alunos levados, travessos, hiperativos, os que a professora não suporta e não tá dando conta, os pestes que tumultuam o andamento da aula...”³³

Embora não cientificamente preparado para dizer qualquer coisa sobre estas crianças, o EEG surge ali para legitimar a explicação biológica, patológica e psiquiátrica para os “pestes que tumultuam o andamento da aula”. Eles são “pestes” porque carregam em seus corpos traços biológicos que determinam seus modos de existência.

Vemos, portanto, que a função do EEG vai além da produção de biodiagnósticos. A história de Rafael é uma entre tantas outras que nos mostram o impacto dessas ferramentas produtoras de biodiagnósticos na vida dos sujeitos diagnosticados, produzindo determinadas identidades e condições existenciais. O EEG estava ali como forte ferramenta legitimadora das causas biológicas da sua trajetória escolar marcada por fracassos e problemas de aprendizagem.

Talvez para Rafael e para tantos outros seja um alívio olhar para um EEG e ter a certeza de que todas as dificuldades enfrentadas na sua vida escolar são apenas “problemas de cabeça”. As famílias, na fala do psiquiatra, sentiam-se confortadas, pois de certo modo o EEG dava um alívio, diminuía a ansiedade. Mas o que mais ele produzia? Como era para Rafael se ver e ser visto como um “peste que tumultua o andamento da aula” ou como um “radinho fora da estação”? No EEG, Rafael não aparecia como uma criança de ótimo relacionamento com colegas e funcionários, observadora, que possui grande vontade de aprender, que constantemente solicitava aos professores que o ensinasse, como aparecia no relatório pedagógico. Para Rafael, a partir do EEG e de sua entrada no CRAPNEE, era tudo problema, era “*tudo problema de cabeça.*”

³³ Relato da neurologista entrevistada que trabalhou no CRE de Vila Velha e atualmente é voluntária na Pestalozzi do município.

5 – É TUDO PROBLEMA DE CABEÇA?

Abrimos nossa discussão sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar no CRAPNEE com a afirmação de Rafael – “É tudo problema de cabeça!”. Tal afirmação nos diz de reduções: a complexidade dos problemas da vida (inclusive da vida escolar) não é nada mais que “tudo” problema de cabeça. Diz de uma concepção que considera o corpo fragmentado: é uma cabeça que não tem relação alguma com o mundo. Cabeça sem corpo e sem história, uma vida definida e legitimada pelo discurso científico e pelas ciências neurológicas (COSTA, 2005).

Entretanto, no decorrer do nosso trabalho a afirmação de Rafael acabou se transformando em indagação – *é tudo problema de cabeça?* – nos colocando a problematizar a condução do nosso próprio trabalho. Apesar de inicialmente escolher falar dos processos de psiquiatrização da vida escolar que ao nosso ver estava ali escancarado e sustentado pelos acontecimentos e práticas que analisamos, durante a pesquisa nos deparamos com alguns “espantos” que nos mostraram que no CRAPNEE havia também uma diversidade de movimentos para além da psiquiatrização da vida, alguns que fortaleciam este processo, outros, no entanto, que iam na sua contra-mão.

O modo de funcionamento fragmentado e fortemente marcado pelo discurso médico legitimado pela própria equipe técnica nos dava a impressão de que encontraríamos no psiquiatra *o lugar* do processo de psiquiatrização, porém, nos surpreendemos ao perceber que outros processos se atualizavam em sua conduta. Ele entendia que as frequentes solicitações de EEGs não serviriam apenas para verificação de casos de epilepsia, mas principalmente para acalmar as mães que chegavam às consultas ansiosas dizendo que “precisa fazer um *elétrico* nesse menino”. A expedição de laudos médicos não funcionava somente para produzir diagnósticos para atender as demandas da escola, mas também para garantir direitos às famílias atendidas no serviço – direito a passe-livre de ônibus, a educação especial, a benefícios socioassistenciais e a participação de projetos sociais. Além disso, ele lamentava também que a relação médico-paciente era sustentada por um vínculo medicamentoso, diante tantas outras relações possíveis.

Uma das questões que se colocou com o fechamento do CRAPNEE foi onde todas aquelas crianças seriam atendidas, se suas mães estavam “perdidas que nem barata

tonta, batendo cabeça de um lado para o outro”. No ano seguinte ao fechamento do serviço, retorno à Prefeitura Municipal de Vila Velha, dessa vez para trabalhar no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e deparei-me com o fato de que muitas das crianças que eram atendidas no CRAPNEE passaram a ser atendidas pela assistência.

Podemos afirmar, portanto, que nem tudo era problema de cabeça no CRAPNEE e que este também não era *o lugar da psiquiatrização* que esperávamos encontrar. Porém, mesmo com o fechamento do CRAPNEE continua-se produzindo “alunos pestes” que atrapalham o andamento da aula, crianças hiperativas, que não param quietas. Continua-se acreditando que crianças pobres, por não terem estímulo dentro de casa ou por uma carência cultural, não sabem ler e escrever. Crianças ansiosas e deprimidas. Crianças que ouvem vozes. Crianças nervosas e agressivas. Crianças que, aparentemente, não conseguem se comunicar. Continua-se produzindo discursos e práticas demasiadamente psiquiatrizantes, posturas rígidas e despóticas, interpretações violentas e reducionistas.

Neste sentido, não podemos falar da existência de uma localização fixa para os processos de psiquiatrização, mas talvez do nomadismo de uma produção que não cessa de se inscrever em todos nós. É o que Machado & Lavrador (2001) chamam de “desejos de manicômios”.

Os desejos de manicômios se expressam através de um desejo em nós de dominar, subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir, de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica.” (MACHADO & LAVRADOR, 2001, p.45).

Machado & Lavrador (2001) explicam que no lugar de promover construções de outros modos de existência, o manicômio produz submissão, infantilização e culpa, através de um controle contínuo no qual o usuário pode ser dissimuladamente tutelado e controlado cotidianamente e cada instante. “(...) uma vez louco, sempre louco e portador de doença. Esse poder de gerir a vida, de administrar a vida do outro, se traduz na expropriação da autonomia e da criação” (MACHADO & LAVRADOR, 2001, p.46-47).

Quando nos posicionamos desta forma, podemos nos aprisionar em nossos próprios “manicômios invisíveis” e, parafraseando a epígrafe do nosso trabalho, os discursos e verdades incontestáveis do radical realmente se transformam em “sons e ondas que nunca poderemos ver o ranço de verdade do que é o ideal”. Falávamos o tempo todo em psiquiatrização sem perceber que o próprio movimento estava em nós.

No entanto, como observam as autoras, esse processo não deve ser tomado como avassalador, nos deixando com a sensação de impotência. Por mais que os desejos de manicômios insistam em se presentificar em nosso cotidiano, por outro lado eles nos inquietam e nos instigam a repensar nossas práticas e discursos cotidianos. Quando desmanchamos verdades, rachamos conceitos, explodimos teorias e técnicas (Machado & Lavrador, 2001), nos tornamos capazes de indagar sobre a produção e acolhimento das demandas no CRAPNEE, para perceber que realmente nem tudo era problema de cabeça...

6 – REFERÊNCIAS

APA (Associação Americana de Psiquiatria). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª edição revisada. Tradução: Cláudia Dornelles;. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARIÈS, Phillipe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BENEVIDES, Regina. *A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais as interfaces?* In: *Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 21-25. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro: 2005.

_____ ; PASSOS, Eduardo. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. In: *Psicologia: Teoria. e Pesquisa* Vol. 16 n. 1, pp. 071-079. Brasília; 2000.

BERNARDO, Rosane de Moraes. *Trajatória (s) das políticas públicas de educação especial/inclusiva no município de Vila Velha no período de 2004 – 2008*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGE-UFES). Vitória: 2010.

BORGES, Daniela Côrtes Pereira. *A formação continuada de professores para o trabalho com alunos que apresentam necessidades educacionais especiais: a contribuição da escola*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGE-UFES). Vitória: 2007.

BRASIL. *Lei de diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da república Federativa do Brasil, Brasília, 23 de dezembro de 1996

CALIMAN, Luciana Vieira. *A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas*. Cadernos de Subjetividade PUC-SP, artigo no prelo.

CAPONI, Sandra. *Biopolítica e medicalização dos anormais*. In: Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2009.

_____. *Da herança biológica à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas*. In: Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2007

_____. *As classificações psiquiátricas e a herança mórbida*. In: Sientiae Studia, v.9, n.1, p.29-50. São Paulo, 2011.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

DE FREITAS, Claudia Rodrigues. *Corpos que não param: criança, TDAH e escola*. Projeto de tese em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGEDU/UFRGS. Orientador: Prof. Dr. Claudio Roberto Baptista. Porto Alegre: 2011

DE OLIVEIRA, Sônia Pinto. *Micropolítica do fracasso escolar: uma tentativa de aliança com o invisível*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória, 2001

DE SOUZA, Marilene Proença Rebello. *A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo*. In: MACHADO, Adriana Marcondes. DE SOUZA, Marilene Proença Rebello (orgs). *Psicologia Escolar: em busca de novos rumos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997).

DESPRET, Vinciane. *Leitura etnopsicológica do segredo. Fractal, Rev. Psicol.*, 2011, vol.23, no.1, p.05-28.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ªed., 1986.

DUPANLOUP, Anne. *L'hyperactivité infantile: analyse sociologique d'une controverse socio-medicale*. Tese de doctoract. Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Neuchatel, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FREITAS, Maria Carolina de Andrade. *Nas encruzilhadas da língua: as narrativas de meninos e movimentos de medicalização na educação*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

GUARIDO, Renata. VOLTOLINI, Rinaldo. *O que não tem remédio, remediado está?* In: Educação em Revista. v.25 n.1 p. 239-263. Belo Horizonte, 2009

KASTRUP, Virgínia. *A aprendizagem da atenção na cognição inventiva*. Psicologia & Sociedade, v. 16, n. 3 p. 7-16, 2004.

KUPERMANN, Daniel. *Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor!* Estados Gerais da Psicanálise: Segundo encontro mundial. Rio de Janeiro: 2003.

LAVRADOR, Cristina. *Interfaces do saber psi*. In: Psicologia: questões contemporâneas. Vitória: EDUFES, 1999

LOBO, Lilia Ferreira. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008

LOURAU, René. *Analista Institucional em tempo integral*. Sônia Altoé (Org). São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, Adriana Marcondes. *Reinventando a avaliação psicológica*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo: 1996

_____ ; DE SOUZA, Marilene Proença Rebello. *As crianças excluídas da escola: um alerta para a psicologia*. In: MACHADO, Adriana Marcondes. DE SOUZA, Marilene Proença Rebello (orgs). *Psicologia Escolar: em busca de novos rumos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997)

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. *Loucura e Subjetividade*. In: *Texturas da Psicologia: subjetividade e clínica no contemporâneo*. MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth (orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEC/SEESP. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

PATTO, Maria Helena Souza. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: 1990.

ROSE, Nicolas. *The Politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princenton University Press, 2007.

ROUDINESCO, Elizabeth. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

VILA VELHA. ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. *Centro de Referência para Alunos Portadores de Necessidades Educacionais Especiais – CRAPNEE*. Projeto de Implantação. 2001.

VINCENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Transversalizando saúde e educação: quando a loucura vai à escola*. In: *Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação*.

Organização: Adriana Marcondes Machado, Ângela Fernandes e Marisa da Rocha. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

WERNER, Jairo. *Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2000).