



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

MAELI SALES SANTANA

**SOBRE FORMAS E NÃO DEGRAUS DO SER: A RELAÇÃO DO AMBULATÓRIO
DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL COM A REDE ESCOLAR DE UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA
2022

MAELI SALES SANTANA

**SOBRE FORMAS E NÃO DEGRAUS DO SER: A RELAÇÃO DO AMBULATÓRIO
DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL COM A REDE ESCOLAR DE UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro de Ciências de Saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharelado em Psicologia.

Orientador: Rafael Coelho Rodrigues

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA
2022

SOBRE FORMAS E NÃO DEGRAUS DO SER: A RELAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL COM A REDE ESCOLAR DE UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA

Maeli Sales Santana¹

Resumo

Órgãos públicos de saúde têm alertado para o número expressivo de crianças e adolescentes, em idade escolar, medicalizados. Entendendo a importância de estudar as repercussões da medicalização infantil de forma regionalizada, o objetivo desse estudo foi compreender a relação do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil com a rede escolar de um município do recôncavo da Bahia, entre os anos de 2018 e 2019. Utilizou-se o método da análise documental. Foram analisados 201 prontuários ativos de crianças e adolescentes atendidas pelo ambulatório. 96% dos atendimentos foram feitos pela psiquiatria, 80,5% foram diagnosticados e 9% foram encaminhados pela escola. Das crianças encaminhadas pela escola, 94,5% tinham prescrição de medicamentos. A discussão seguiu duas linhas de análise: 1) Modo ambulatório, lógica de oferta de cuidado focado na doença e na individualização do sofrimento; e 2) Medicamentação da queixa escolar, presente em práticas que coadunam com a lógica individualizante e sua relação imanente com a medicamentação das inadequações escolares. Concluiu-se que a relação entre o ambulatório de saúde mental e a rede escolar se baseia numa lógica individualizante, centrada na doença e medicalizante, indicando a necessidade de práticas que coadunem com a política de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Medicalização infantil; Queixa escolar; Ambulatório.

Abstract

Public health agencies have warned about the significant number of children and adolescents of school age who are medicalized. Understanding the importance of studying the repercussions of child medicalization in a regionalized manner, the objective of this study was to understand the relationship of the child and adolescent mental health outpatient clinic with the school network of a municipality in the recôncavo da Bahia, between the years 2018 and 2019. The document analysis method was used. 201 active medical records of children and adolescents seen by the outpatient clinic were analyzed. 96% of the attendances were made by psychiatry, 80.5% were diagnosed and 9% were referred by the school. Of the children referred by the school, 94.5% had a prescription for medication. The discussion followed two lines of analysis: 1) Ambulatory mode, logic of offering care focused on the disease and on the individualization of suffering; and 2) Medicamentation of the school complaint, present in practices that conform to the individualizing logic and its immanent relationship with the medicamentation of school inadequacies. It was concluded that the relationship

¹Graduanda em Psicologia – UFRB
maelly13@hotmail.com

between the mental health outpatient clinic and the school network is based on an individualizing, disease-centered, and medicalizing logic, indicating the need for practices that are in line with the psychosocial care policy.

Keywords: Child Medicalization; School Complaint; Outpatient Clinic.

Introdução

Em dezembro de 1998, na cidade de Santo Antônio de Jesus, recôncavo da Bahia, enquanto brincava na casa da tia, uma criança de dois anos de idade, ingeriu uma pequena quantidade de determinado psicofármaco benzodiazepínico. O medicamento se encontrava em meio aos seus brinquedos, no entanto, o adulto responsável por supervisionar a criança, não acreditava que a mesma seria capaz de abrir o recipiente. Esse pequeno descuido foi suficiente. A criança, não apenas abriu o medicamento, como fez a ingestão da substância. Em pouco tempo a responsável começou a perceber os efeitos da medicação, na criança: baba constante, descontrole motor, tontura, perda de consciência. Tais sintomas só foram associados à intoxicação por medicamento, após passar pelos primeiros médicos. Tamanha a gravidade da situação, que foi necessário encaminhá-la para o Hospital Geral do estado, em Salvador. A grande quantidade de soro aplicada pela médica durante o dia que ficou internada, possibilitou que a criança retomasse a consciência e voltasse para casa sem sequelas permanentes.

Esta é uma das formas em que a questão da medicalização atravessa e compõe a trajetória de vida da autora. No Brasil, diversas outras vidas são atravessadas por experiências com medicamentos. Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde pontuou que o país estava entre os dez países que mais consumia medicamentos no mundo. Permanece, atualmente, entre os maiores consumidores de substâncias como zolpidem, enobarbital, clonazepam, diazepam e alprazolam (BRASIL, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem se preocupado com a maneira como estas substâncias têm sido dispensadas e consumidas, visto que o uso indevido desses medicamentos pode levar a uma série de efeitos danosos a saúde, desde pequenos sintomas reversíveis, como o caso citado acima, até intoxicações mais graves, levando o indivíduo ao óbito (BRASIL, 2019).

Em 2019, o Ministério da Saúde demonstrou preocupação com o acirramento do consumo de medicamentos. Foi criada uma cartilha com recomendações e estratégias para o

uso de medicamento. Na cartilha há um alerta para a banalização do uso de medicamentos, indicando o seu mau uso. A estimativa aponta que, cerca de metade dos medicamentos, são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada. De modo que, segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, a maior causa de intoxicações, no Brasil, está relacionada aos medicamentos (BRASIL, 2019).

No contexto da Pandemia de COVID-19 alguns estudos têm apontado um aumento expressivo de consumo de medicamentos. O Conselho Federal de Farmácia (2020) indicou que o número de vendas de Benzodiazepínicos aumentou, em 2020, 13,84% em comparação com o ano de 2019. Rufino e colaboradores (2020), ao conduzirem uma pesquisa em farmácias no Mato Grosso, indicam que a venda de medicamentos como a Fluoxetina e Alprazolam aumentou 40% entre os meses de março e agosto de 2020. Além disso, notou-se um aumento na venda de fitoterápicos destinados a controle de sintomas de ansiedade e depressão, o que pode indicar um provável aumento da automedicação. Outro estudo que tinha o objetivo de fazer um levantamento sobre os efeitos do isolamento social da pandemia do COVID-19, reafirma os dados dos estudos apontados acima, pois observou que um dos impactos da pandemia sobre o brasileiro, está ligado um grande aumento no uso do benzodiazepínico Alprazolam e de álcool (BRITO; ABREU, 2021).

Segundo Rodrigues (2003), o uso de medicamentos atualmente passou a ser uma tentativa de construir um sujeito livre de conflitos, limitações e angústias. Dessa forma, entra em cena outra questão, que vai além dos efeitos orgânicos que a medicalização pode causar no indivíduo, a função social que ela tem exercido, inclusive, de controle, normalização e na produção de uma subjetividade capitalística, baseada no consumo e no prazer. Zola, Illich e Conrad foram alguns dos primeiros pesquisadores a escreverem sobre medicalização, em meados do século XX. Desde então, diversos pesquisadores têm se debruçado sobre o tema, a partir de diferentes perspectivas (ZARZANELLI, ORTEGA, JÚNIOR, 2014).

Zarzanelli, Ortega e Júnior (2014), em seu estudo “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010”, identificaram sentidos distintos, mas não necessariamente auto excludentes sobre o conceito de medicalização. Os autores indicam que o termo vem perdendo um tanto da sua acurácia analítica, devido à demasiada generalidade do modo como vem sendo utilizado. Dessa forma, apontamos abaixo um conjunto de conceitos sobre medicalização que contemplam a forma como estamos pensando tal fenômeno.

Rodrigues (2003) indica que, com o advento do DSM III, o adoecimento psíquico, antes tratado como uma experiência subjetiva e singular, passa a ser entendido como um quadro nosológico, cujos sintomas são generalizados e a melhor resposta está no uso do medicamento. Segundo o autor, a questão não está no medicamento em si, afinal ele é importante, em algumas situações, para ajudar a superar os sintomas de determinados indivíduos. No entanto, é preciso levar em consideração o quanto a prática psiquiátrica, através dos medicamentos, tem contribuído para a produção de uma subjetividade baseada no consumo e no prazer, em que as substâncias têm o poder de restituir certo estado de plenitude e normalidade, em uma tentativa de produzir um sujeito sem limitações.

Nessa lógica, segundo Sanches e Amarantes (2014), corre-se o risco de medicar a singularidade dos sujeitos, tornando a diversidade humana uma doença. No presente estudo, estamos levando em consideração o conceito de medicalização do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade:

Medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza (OLIVEIRA, HARAYAMA e VIÉGAS, 2016, p. 01).

Caliman, Passos e Machado (2016) compreendendo complexidade do processo de medicalização, criaram dois outros conceitos que integram o fenômeno da medicalização: medicamentação e medicamentação. As práticas que envolvem o medicamento em si são chamadas de medicamentação. São as ações relacionadas ao remédio, como a prescrição, venda, dispensa, consumo, produção, etc. Já a medicamentação acontece quando o cuidado se restringe apenas as práticas medicamentosas, não são levados em considerações outras práticas de cuidado e o remédio passa ser a solução exclusiva.

Essa lógica é reafirmada quando Zarzanelli e Cruz (2018), desenvolvem, baseada na obra de Foucault na década de 70 do século XX, a hipótese de que, para o filósofo, havia dois

sentidos para a medicalização: o primeiro indica a medicina como prática social passada do Estado à população. O segundo, associada ao fenômeno da medicalização indefinida, em que é dada a impossibilidade de produção de práticas corporais que estejam fora do alcance da medicina. Isso, em convergência com o ponto de vista dos autores citados acima, coloca o medicamento em lugar privilegiado, como instrumento principal da atuação médica.

O fenômeno da medicalização da vida atinge o público infantil amplamente, visto que, a partir do momento que a infância foi concebida como fase da vida, a qual o indivíduo passa por uma preparação para ser adulto, torna-se, também, um momento de intensificação de controle, vigilância e disciplina. A cartilha *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*, criada pelo Ministério da Saúde, indica que o fenômeno de medicalização da vida vincula-se principalmente a alguns grupos, dentre eles crianças e adolescentes em idade escolar (BRASIL, 2019). Para tal, a junção entre higienismo, psiquiatria, psicologia e pedagogia tem marcado historicamente as diversas intervenções sobre as crianças e os problemas enfrentados por elas, ao ingressarem nas escolas (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014)

Para Moysés e Collares (2013), a medicalização das crianças e adolescentes, tem ocorrido de maneira articulada com a medicalização da educação, concebida a partir da criação das doenças do “não-saber” e com a medicalização do comportamento. Os modos de agir e ser, bem como a aprendizagem, que fogem ao padrão de normalidade estabelecido para infância são tratados como problemas do indivíduo, passíveis de ser medicados. Assim, a medicalização tem desempenhado o papel de controlar e submeter às pessoas, “empurrando para baixo do tapete” questionamentos e desconfortos e, até mesmo, ocultando violências físicas e psicológicas, racismo, desigualdade social e de gênero, reduzindo a complexidade da subjetividade de crianças e adolescentes a distúrbios de aprendizagem e comportamento.

O Ministério da Saúde tem chamado atenção para o uso de psicofármacos no sistema escolar. Especialmente no que se refere ao consumo do metilfenidato, que teve um grande crescimento a partir dos anos 2000. Essa substância é usada no tratamento dos chamados Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA e TDAH). Deve ser levado em consideração que esse transtorno tem sintomas que são comportamentos próprios da infância além disso, os sinais e sintomas podem ser encontrados em pessoas com desenvolvimento típico, aumentando a possibilidade de um diagnóstico equivocado. Ademais,

pode-se acabar utilizando a lógica de que “é mais fácil medicar a criança do que a mudar o sistema de educação” (BRASIL, 2019).

Diante desse cenário, entendemos a importância de discutir e estudar as repercussões da medicalização infantil de forma regionalizada, compreendendo os efeitos sociais desse fenômeno nas crianças/adolescentes que vivem no interior da Bahia. O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Santo Antônio de Jesus, situada no recôncavo da Bahia. Historicamente o território do recôncavo foi constituído por povos indígenas, africanos e europeus, sendo composto por um grande percentual de pessoas negras e permeado por questões culturais e raciais (UFRB, 2014) Dado relevante, visto que durante a pesquisa não identificamos informações sobre raça/cor nos prontuários analisados, em discordância ao pressuposto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que prevê a presença do item raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados dos serviços públicos, garantindo a equidade no mapeamento e na construção de políticas públicas para essa população (BRASIL, 2007). Segundo o censo demográfico 2010, Santo Antônio de Jesus tinha uma população de cerca 90.985 habitantes, desses 12.051 eram crianças (BRASIL, 2013). O comércio é a sua principal atividade econômica, atraindo diariamente diversos visitantes das cidades vizinhas, por isso, é considerada, por alguns, a capital do Recôncavo da Bahia. Além disso, constitui-se como um pólo de saúde da região, visto que destaca-se na área de saúde, oferecendo uma variedade de serviços particulares e públicos, contando com diversos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (UFRB, 2014).

Dentre os equipamentos de saúde do SUS presentes em Santo Antônio de Jesus, temos os CAPS e os ambulatórios, os quais deveriam funcionar a partir de uma lógica. Cabe destacar que CAPS e ambulatório deveriam funcionar a partir de uma lógica de cuidado diferente. Os CAPS são serviços criados após a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esses centros contam com uma equipe multidisciplinar, buscando oferecer um atendimento interdisciplinar e ações intersetoriais, cuja especialidade é o cuidado em saúde mental, de modo a tratar e reinserir na sociedade as pessoas com sofrimento mental grave e persistente. Preconiza-se uma participação ativa da família no tratamento, a oferta de oficinas, práticas culturais e esportivas, atividades externas, atendimentos grupais e outros modos de cuidado que partem de uma perspectiva psicossocial (BRASIL, 2004).

No caso das crianças e adolescentes, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, inaugurou as discussões sobre o tema convocando o Estado brasileiro a pensar políticas

públicas. Nesse contexto surgem serviços como o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), formalizado há cerca de 20 anos, em 19 de fevereiro de 2002, através da Portaria Nº 336 do Ministério da Saúde, sob a mesma perspectiva psicossocial citada acima (COUTO; DELGADO, 2015).

Os ambulatórios, por outro lado, apresentam uma lógica diferente da atenção psicossocial, preconizada para os CAPS. Suas estruturas se pautam em um cuidado mais tradicional, os atendimentos ocorrem em consultórios, de forma mais individual, contam com menos recursos coletivos, seja na falta de interlocução com os usuários e a família, seja por não pressupor discussão e ações conjuntas com outros profissionais da saúde ou de outras áreas, os atendimentos tendem a centrar-se nos sintomas e na doença. (PANDE, 2016).

Após a Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS, os serviços ambulatoriais de saúde mental continuaram, como um dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. As percepções sobre o ambulatório divergem. Há autores, como Damous e Erlich (2017), que acreditam que os ambulatórios podem ser sustentados como ferramenta dentro da rede de atenção psicossocial, pois, carrega em si a potência de trabalhos clínicos em saúde mental, demonstrando um favorecimento a mudanças de posicionamento subjetivo em relação ao sofrimento psíquico. Já autores como Severo e Dimenstein (2011), defendem que o ambulatório continua mantendo uma lógica manicomial, cujos atendimentos estão centrados na doença e são tratados de forma individualizada, sem levar em consideração a rede intersetorial, demonstrando os resquícios de modo hospitalocêntrico de atendimento.

Apesar das críticas, o ambulatório ainda faz parte dos diversos processos que atravessam a vida dos usuários, como no caso das crianças e adolescentes atendidas em Santo Antônio de Jesus. Assim, considerando o processo de medicalização da infância e juventude no contemporâneo, o objetivo desse estudo foi compreender a relação do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil com a rede escolar de um município do recôncavo da Bahia, entre os anos de 2018 e 2019.

Método

O método utilizado para a análise dos dados foi a pesquisa documental. A pesquisa documental consiste em um intenso e amplo exame de diversos materiais que não foram

utilizados para nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares. Assim, pode-se dizer que a pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno, sendo um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos e é caracterizada como documental quando essa for a única abordagem qualitativa, sendo usada como método autônomo. O uso da análise documental tem como desafio a capacidade que o pesquisador tem de selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte. Quando isso acontece há um incremento de detalhes à pesquisa e os dados coletados tornam-se mais significativos (Kripka, Scheller e Bonotto, 2015).

Assim, a pesquisa foi desenvolvida a partir da análise de prontuários de crianças e adolescentes atendidos pelo Ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, que funcionava anexo ao CAPS II da cidade de Santo Antônio de Jesus-Bahia, levando em consideração os anos de 2018 e 2019.

Amostra

No total, foram analisados 201 prontuários, selecionados a partir dos critérios de inclusão: prontuários ativos de crianças e adolescentes que fizeram uso do serviço no Ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, até o ano de 2019, na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Dos prontuários selecionados, 151 eram de crianças ou adolescentes do sexo masculino e 51 do sexo feminino. Quanto à raça/cor da amostra, apenas dois prontuários tinham essa informação. A situação socioeconômica não constava nos prontuários.

Considerações éticas

Os procedimentos realizados nessa pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, número do parecer: 5.428.494.

Procedimentos

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período de 02/06/2022 à 30/06/2022, no CAPSi² do município de Santo Antônio de Jesus. Havia 489 prontuários ativos, durante o momento da pesquisa. Os parâmetros da pesquisa consistia em prontuários de crianças e adolescentes que foram atendidas pelo ambulatório de saúde mental infanto-juvenil nos anos de 2018 e 2019. Depois de uma análise inicial, apenas 201 se adequaram aos parâmetros, sendo selecionados e analisados. Os prontuários inativos não foram analisados. As pesquisadoras coletaram informações dos prontuários, relacionadas aos itens previamente discutidos e selecionados: diagnóstico, encaminhamento, profissional técnico responsável pelo atendimento, uso de medicação e outras indicações terapêuticas.

Análise dos dados

Após a verificação das informações nos prontuários, foi realizada a tabulação dos dados. Quando se tratava de informações quantitativas (por exemplo: percentual de crianças diagnosticadas?); (percentual de encaminhamentos realizados por escolas?), foram criadas tabelas no programa Microsoft Excel, onde calculou-se as porcentagens referentes a cada item. Em seguida, foi feita a análise qualitativa, tendo como referencial teórico o conjunto de preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira, no intuito de construir sentido e significado para os dados obtidos. Para tal, foram utilizadas duas linhas de análise: 1) Modo ambulatório e 2) Medicamentação da queixa escolar. Na primeira, analisou-se os itens: “formação técnica do responsável pelo atendimento”; “prescrição de medicação” e “outras indicações terapêuticas”. Na categoria dois foram analisados os itens: “encaminhamento para o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil”; “crianças/adolescentes encaminhadas pela escola e fazem uso de medicação”; “presença de relatório escolar” e “diagnóstico”. Além disso, relacionamos alguns itens a fim de compreender como os mesmos se relacionam, por exemplo: diagnóstico dado para crianças e adolescentes encaminhados pela escola; e prescrição de medicação para as crianças encaminhadas pelas escolas.

Resultados

² O ambulatório de saúde mental infanto-juvenil funcionava anexo ao CAPS II até o primeiro semestre de 2020. Em agosto de 2020, com a inauguração do CAPSi, os prontuários das crianças e adolescentes foram direcionados para o CAPSi, uma vez que esse serviço é responsável por atender esse público.

Os resultados gerais da pesquisa demonstram que dos 201 prontuários selecionados para pesquisa, 151 prontuários correspondiam a crianças e adolescentes do sexo masculino e 50 do sexo feminino. Dos prontuários analisados, apenas 2 (1%) tinham o tópico sobre raça/cor preenchido, 73 (36,3%) tinham o tópico raça/cor, mas não estava preenchido e 126 (62,7%) não tinham o tópico raça/cor. Não havia informações quanto a situação socioeconômica nos prontuários.

Quanto aos resultados relacionados a linha de análise Modo ambulatório, no item *profissional técnico responsável pelo primeiro atendimento*, 193 (96%) dos prontuários indicaram que o primeiro atendimento foi feito pelo psiquiatra, sete (3,5%) atendimentos foram feitos por psicólogo e um (0,5%) atendimento foi realizado por uma enfermeira. Quando chegava ao ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, a criança ou o adolescente passava por uma triagem, realizada pelos profissionais do serviço (psicólogas, enfermeiras ou assistente social), consistia em uma entrevista inicial que avaliava a necessidade do paciente e fazia o encaminhamento, ou não, para o atendimento ambulatorial. Estamos considerando como primeiro atendimento, aquele realizado posterior à triagem.

O resultado referente a *outras indicações terapêuticas* apontam que 62,7% (126) dos prontuários apresentaram outras indicações terapêuticas, enquanto 37,3% (75) não constam outras indicações. Dos 62,7% dos prontuários que constam a indicação, foram apresentadas algumas dessas indicações, como demonstra a tabela 2, das quais, a Psicoterapia é a mais indicada (56,2%).

Tabela 2
Relação de das indicações terapêuticas que apareceram nos prontuários.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS		
PSICOTERAPIA	113	56,2%
PSICOPEDAGOGO	45	22,4%
TERAPIA OCUPACIONAL	8	4%
FONOAUDIÓLOGO	16	8%
SALA MULTIFUNCIONAL	9	4,5%
NEURO	3	1,5%
EQUOTERAPIA	6	2,9%
FISIOTERAPIA	1	0,5%

Além disso, dos 201 crianças ou adolescentes, cujos prontuários foram analisados, 174 (86,5%) tinha prescrição de medicação.

No que diz respeito aos resultados da linha de análise Medicamentação da queixa escolar, no item diagnóstico, foram divididas três categorias: os que têm diagnóstico, os que não têm diagnóstico e os que têm uma hipótese diagnóstica, mostrando que 80,5% das crianças ou adolescentes eram diagnosticadas, como apontado na tabela abaixo.

Tabela 1
Quantidade de prontuários contendo diagnóstico

TEM DIAGNÓSTICO		
SIM	162	80,5%
NÃO	22	11%
HIPÓTESE	17	8,5%

Em relação aos serviços que fizeram o encaminhamento das crianças ou adolescentes para o ambulatório de saúde mental, observamos que as Unidades Básicas de Saúde – UBS fizeram o maior número de encaminhamentos 41,3%. Um dado relevante sobre o encaminhamento, foi a quantidade de prontuários que não tiveram informações sobre qual organização e/ou serviço encaminhou a criança ou adolescente, contabilizando 54 (26,8%) prontuários.

Tabela 3
Relação de serviços que fizeram o encaminhamento para o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil

ENCAMINHADO POR QUAL SERVIÇO		
USF/UBS	83	41,3%
NÃO CONSTA	54	26,8%
CRAS/CREAS	20	10%
ESCOLA	18	9%
POLICLÍNICA	7	3,5%
NEUROLOGISTA	6	2,9%
OUTROS MÉDICOS	3	1,5%
SEC. SAÚDE AMARGOSA	2	1%
OUTROS	8	4%

Relacionamos os dados dos itens *serviço que fez o encaminhamento* e o *diagnóstico*, a fim de observar o diagnóstico prevalente entre crianças ou adolescentes encaminhadas pela escola. Dos 18 prontuários analisados, dentro desses itens, 36% (8) dos diagnósticos estão dentro da categoria dos Transtornos do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A

Retardo mental moderado é a segunda categoria diagnóstica que mais aparece 33% (7) prontuários. Apenas um prontuário, de crianças ou adolescentes encaminhadas pela escola, não apresenta diagnóstico. Como é possível observar abaixo, na figura 1.

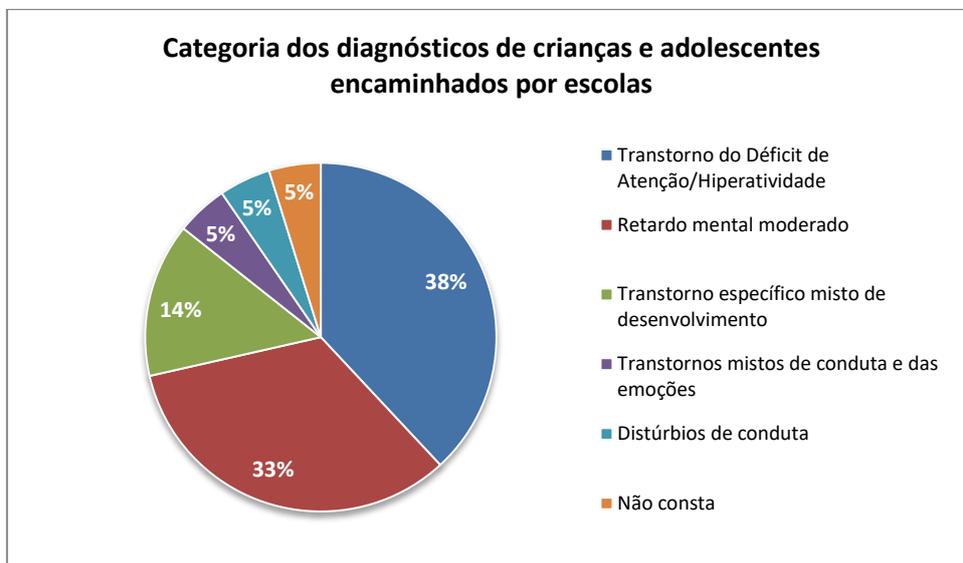


Figura 1 - Categoria dos diagnósticos de crianças e adolescentes encaminhados por escolas

Ao relacionarmos os itens da pesquisa *encaminhamentos feito pelas escolas e prescrição de medicamento*, foi observado que das 18 crianças encaminhadas pela escola, 17 receberam prescrição de medicamentos, como demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 4
Número de crianças ou adolescentes encaminhados pela escola e receberam prescrição de medicamento.

CRIANÇAS/ADOLESCENTES ENCAMINHADAS PELA ESCOLA E RECEBERAM UMA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO		
SIM	17	94,5%
NÃO	1	5,5%

Além desses itens, identificamos nos prontuários, presença de relatórios escolares, anexos a 122 (60,7%) prontuários.

Discussão

Para realizar a análise dos dados produzidos a partir da pesquisa nos prontuários de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de saúde mental da cidade de Santo Antônio

de Jesus/BA, nos anos de 2018 e 2019, construímos duas categorias de análise. São elas: o “modo ambulatorio” e a “medicamentação da queixa escolar”.

Modo ambulatorio

Seguindo a ótica trazida no relato de caso *os meandros do processo de medicalização infantil e seus efeitos: habitando a sala de espera de um ambulatorio de saúde mental*, Andrade, Rodrigues e Santana (2021) denominam “modo ambulatorio”, a lógica de oferta de cuidado focado na doença e na individualização do sofrimento e das questões da vida, que são observadas como modo de funcionamento dos ambulatorios de saúde mental.

Dessa forma, no modo ambulatorio de cuidado, além do foco ser voltado para os sintomas, cada caso é tratado isoladamente, sem troca ou comunicação com outros serviços da rede de atenção psicossocial, no caso da saúde mental infanto-juvenil, não há relação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), escolas, ministério público ou quaisquer outras organizações responsáveis pelo encaminhamento de crianças e adolescentes a esse serviço.

Durante a análise dos prontuários, observamos que não havia indicativo de diálogo entre o ambulatorio de saúde mental infanto-juvenil e outros serviços, como os responsáveis pelos encaminhamentos das crianças e adolescentes, ou aqueles que surgem como “outras indicações terapêuticas”, demonstrados na tabela 2. No primeiro caso, os prontuários não fazem menção, ao longo da evolução, sobre qualquer devolutiva, interação ou atividade realizada entre os profissionais do ambulatorio e os profissionais dos serviços que fizeram o encaminhamento, com relação à criança ou adolescente atendido. No segundo caso, não existe, nesses prontuários analisados, evidência que indique o atendimento da criança e/ou sua família nos serviços para os quais foram encaminhadas, sendo citadas nos prontuários apenas como indicação terapêutica. E mesmo que tenham tido acesso a essas outras terapêuticas, não há indícios, nos prontuários que indiquem uma discussão do caso entre os profissionais que atendem as famílias e suas crianças.

Deste modo, pode se verificar que a indicação para a realização de atendimentos com outros especialistas existe, mas caso haja o acesso destas famílias a esses outros profissionais, não há um atendimento em rede e um trabalho de equipe na condução do caso clínico. Um

demonstrativo de como o modo ambulatório opera, de maneira desarticulada da rede e de outros serviços territoriais.

Dito isto, é importante compreender que, embora a reforma psiquiátrica tenha sido um marco para as mudanças de concepções do cuidado em saúde mental, possibilitando a construção de uma política de atenção psicossocial, cujos serviços privilegiem o cuidado em liberdade, há uma série de embates ideológicos, impasses cotidianos e tensões geradas pelas variadas perspectivas, que reforçam uma atuação manicomial (PANDE, 2016).

Para Amarante (2007), é necessário pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial como um processo social complexo que, como tal, é constituído por diversos atores sociais, com diferentes interesses, concepções e visões de mundo. Desse modo, o processo constituído pelo campo de saúde mental e atenção psicossocial é composto pelo entrelaçamento de dimensões simultâneas que podem concordar ou discordar entre si, isso significa que práticas diferentes, coerentes ou não com a atenção psicossocial, podem atuar no mesmo serviço. Assim, em consonância com Pande (2016) e Amarante (2007), consideramos o modo ambulatório como parte de um conjunto de práticas manicomiais, ainda presentes no dia a dia, dos serviços da rede de atenção psicossociais.

Como apontado acima, ainda que se tenham mudado as políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil, algumas das antigas concepções habitam as práticas profissionais relacionadas a esse público e se estendem para além das instituições de saúde, visto que o modo ambulatório tem se manifestado, ao longo dos anos, em diversos espaços, inclusive nos ambientes escolares, especialmente a partir do seu papel no diagnóstico e medicalização das crianças e adolescentes (BASSANI; VIEGAS 2020) Este cenário medicamentozante é encontrado na pesquisa, visto que a prescrição de medicamentos está em 86,5% dos prontuários das crianças e adolescentes que frequentaram o serviço de ambulatório de saúde mental infanto-juvenil até o ano de 2019.

A lógica medicalizante, presente no modo ambulatório, individualiza na criança ou na sua família os problemas de aprendizagem, enfrentados no ambiente escolar (BASSANI; VIEGAS 2020). Tal lógica cumpre a função de explicar a queixa escolar de forma individualizante, cuja causa é associada à composição genética da criança, tornando-a responsável pela sua inadequação aos requisitos escolares (VIEGAS, 2016).

Os dados analisados dos prontuários do ambulatório, indicam que 96% dos primeiros atendimentos foram realizados pela psiquiatria, o que nos leva a indagar se os atendimentos fossem feitos por outros profissionais de saúde, será que o número de crianças medicadas seria o mesmo? Historicamente a psiquiatria vem reproduzindo uma lógica medicalizante, centrada na doença e na individualização, cujo fim é o controle e normatização dos corpos (PANDE, 2016).

Essa posição de legislar sobre o que é normal e anormal, saudável ou patológico, bom ou ruim para a vida, vem sendo ocupado pela medicina, enquanto campo científico, há algum tempo, mas demonstra um antigo papel desempenhado por algumas instituições, como a igreja, ao longo da história do mundo ocidental, sobre o controle social dos questionamentos (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Nesse sentido, para além de questionar a lógica medicalizante, possibilitada pela psiquiatria, cabe-nos questionar a função da prática que ocorre no ambulatório denominada triagem. Em nossa pesquisa, consideramos o primeiro atendimento, aquele realizado posterior à triagem. Tenório (2000) nos indica que o momento inicial de recepção do usuário será decisivo para o tratamento. Nesse sentido, se 96% das crianças e adolescentes foram encaminhadas e atendidas no primeiro atendimento pela psiquiatria, essa pesquisa aponta para uma triagem capturada pelo modo ambulatório, cujo foco era a observação de sintomas e a “clínica estava reduzida a um manejo farmacológico dos sintomas” (TENÓRIO, 2000, pg. 81).

Para Ténório (2000), esse momento inicial, denominado como triagem, já tem por si só um potencial terapêutico, se pensado a partir de uma lógica clínica que visa o sujeito, mas para isso, é necessário que os profissionais se responsabilizem por um cuidado que ultrapasse a barreira de uma atenção centrada no médico. No caso da nossa pesquisa, o modo ambulatório se manifestou, desde o início dos atendimentos, demonstrando que essa lógica de operação não se restringe a uma categoria profissional, uma vez que se trata de um *modus operandi* e uma concepção que reduz a complexidade da vida a uma questão biomédica e biologizante. Isso acontece quando o profissional não considera outras formas de cuidado além da medicamentosa. O que nos leva a refletir sobre quantos atendimentos teriam outras resoluções, se a triagem não operasse a partir de uma lógica pautada por esse modo ambulatório e se aproximasse de uma lógica de atenção integral ao sujeito que possibilitasse que outras características destas crianças e adolescentes fossem percebidas e não somente

suas supostas inadequações ou comportamentos disruptivos que os direcionam para a clínica psiquiátrica e sua conseqüente medicamentação.

Esse cuidado medicamentozante, sustentado pelo modo ambulatorio, ganha força em articulação com a medicalização da educação, cuja invenção de doenças do “não-aprender” e c’omportamentos ditos inadequados passam a ser alvo da medicalização. Como conseqüência, as questões sociais, os modos de ser e agir, passam a ser tratados como questões biológicas e, portanto, individuais, cuja solução se encontra unicamente na medicação. (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

O modo ambulatorio, individualizante e centrado na doença/sintoma, sem trabalho em equipe e em rede, balizado por uma concepção biomédica, pode ser reproduzido por qualquer profissional da saúde, da educação ou assistência social. Tais profissionais, das diversas áreas, passam a constituir e serem constituídos por esse modo de funcionamento, reforçando, nos diferentes espaços, a patologização daqueles que não se enquadram nas normas esperadas (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Segundo o documento do ministério da saúde sobre Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias, as crianças em idade escolar são um dos grupos sociais mais propícios para vivenciarem o processo de medicalização da vida. Neste sentido, considerando que 18 (9%) de crianças e adolescentes atendidos no ambulatorio foram encaminhados por escolas, a segunda categoria de análise buscou analisar a relação do ambulatorio com essas escolas.

Medicamentação da queixa escolar

A escola é um dos equipamentos sociais mais presentes na vida das crianças e dos adolescentes, de modo tal que se torna difícil refletir sobre saúde desse público, sem considerar as relações escolares. Uma das principais motivações que fazem com que as crianças em idade escolar sejam encaminhadas para serviços de saúde mental, como o ambulatorio, são práticas que vem sendo denominadas como queixa escolar.

Temos entendido a *queixa escolar* a partir da perspectiva de Souza (2007), tratando-se de um problema que tem em seu centro o processo de escolarização, surgindo e sendo sustentado pelo ambiente escolar. Assim, a queixa escolar é entendida como o insucesso

relacionado à demanda escolar seja em termos de aprendizagem ou de questões comportamentais, cuja criança ou adolescente e sua família, geralmente, são responsabilizados por sua inadequação, considerando pouca ou nenhuma parcela de participação da escola, nesse processo (SOUZA, 2007). No atendimento a queixa escolar, em muitas circunstâncias, as questões são tratadas como problema de âmbito emocional, relacionadas a conflitos internos, ou problemas relacionados ao desenvolvimento neurológico da criança (SOUZA, 2007).

Já o conceito de *medicamentação*, como já descrito, é desenvolvido por Caliman, Passos e Machado (2016) e se refere à modalidade de cuidado que se restringe apenas às práticas medicamentosas, a partir do qual o remédio passa ser a solução exclusiva para o “tratamento”, de modo que outras práticas de cuidado não são levadas em consideração. Sendo assim, nessa categoria, discutiremos, através da análise dos prontuários, práticas que coadunam com a lógica individualizante e sua relação imanente com a medicamentação das inadequações escolares.

Antes de tudo, é necessário refletir sobre o envolvimento da medicina no ambiente escolar. A medicina constituiu-se como medicina moderna na passagem dos séculos XVIII e XIX atribuindo para si o poder de definir e normatizar o que é saudável ou patológico, estabelecendo o “modelo ideal” de ser humano, passando a gerir todos os aspectos da vida a partir de um olhar biologizante (MOYSES E COLLARES, 2013.) A partir das décadas iniciais do século XX, as crianças que não correspondiam às exigências escolares, eram sujeitas a diagnósticos médico-psicológicos. A medicina, então, se apropriava da aprendizagem, de forma que doenças relacionadas ao aprender e ao comportamento passaram a ser um dos seus objetos de estudo (BASSANI; VIEGAS, 2020).

Para alguns autores (BASSANI; VIEGAS, 2020; GOUSSOT, 2021), a escola foi colonizada por um olhar médico, baseado no paradigma diagnóstico clínico-terapêutico, reforçando a ideia de que há alunos incapazes de aprender. Tal conhecimento foi semeado no ambiente escolar, com a finalidade de assegurar que a aprendizagem seria possível mediante a uma intervenção médica (BASSANI; VIEGAS, 2020). Os professores passaram a ser agentes desse *modus operandi*, cujos olhares deveriam estar atentos a qualquer indício que comprovasse a necessidade de intervenção médico-psicológico (GOUSSOT, 2021).

Esses pensamentos acerca da necessidade da intervenção médica ainda são dominantes no ambiente escolar (MOYSES; COLLARES, 2011). Isso é evidenciado por algumas pesquisas (BRASIL, 2019; FIGUEIRA; CALIMAN, 2014; SANCHES; AMARANTE, 2014; BASSANI; VIEGAS, 2020), demonstrando um grande número de encaminhamentos de crianças para os serviços de saúde mental feitos pelas escolas. Dos prontuários analisados durante a pesquisa, 9% (18) das crianças e adolescentes foram encaminhadas pela escola para o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil (tabela 3).

Um dado relevante para a nossa pesquisa foram os 26,8% (54) prontuários que não tinham informações sobre qual serviço havia feito o encaminhamento para o ambulatório (tabela 3). Esse dado é mais uma evidência que reafirma o modo ambulatório, citado na categoria anterior, prejudicando a comunicação intraequipe, posto que o prontuário, para além de um instrumento jurídico de registro do paciente, ele desempenha a função de mediar a comunicação entre a equipe de saúde (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

Ao relacionarmos dois itens da pesquisa o *serviço que fez o encaminhamento*, ao item *prescrição de medicação*, observamos que 17, das 18 crianças encaminhadas por escolas para o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, foram medicadas corroborando as pesquisas citadas acima, que mostram a tendência de tratar a queixa escolar como uma questão individual e de cunho neurológico. Esse resultados nos levam a indagar se em todos os casos apresentados/encaminhados para o ambulatório pelas escolas, o problema estava relacionado exclusivamente a uma questão particular da criança? Nestas situações, questões pedagógicas e/ou educativas não podem estar relacionadas? Questões sociais, raciais, de gênero, de intolerância religiosa, ou tantas outras que compõem quem somos, não podem estar relacionadas?

Bassani e Viegas (2020) indicam, em seu estudo, que o Brasil tem baixos índices nas avaliações da educação básica, tendo um dos piores desempenhos mundiais³. No entanto, a quantidade de alunos encaminhados para diagnóstico médico tem aumentado, supondo que o problema está relacionado ao indivíduo, atribuindo aos alunos e suas famílias as causas das inadequações ao ambiente escolar. Segue-se a lógica da medicamentação da queixa escolar, em que as dificuldades escolares são tratadas unicamente com medicação, de forma individualizada. Desse modo, o sistema educacional brasileiro é retirado do debate e a

3 Aqui cabe explicitar que tais avaliações pautadas em avaliações internacionais também precisam ser problematizadas e discutidas cuidadosamente.

organização escolar se isenta da responsabilidade perante os estudantes (BASSANI;VIEGAS, 2020; SANCHES; AMARANTES, 2014).

Para Prestes (2021), a medicalização de crianças, jovens e adultos serve ao propósito de medicalizar para que haja um ajustamento aos padrões exigidos por uma sociedade capitalista que desumaniza. Quando se trata da medicalização da educação, o remédio funciona como “a pílula mágica”, por meio da qual a ciência médica, dita regras e normas que atendam determinado currículo, ocultando violências antes, durante e após um diagnóstico (PRESTES, 2021; MOYSES E COLLARES, 2013).

Quando questionamos o grande número de diagnósticos concedidos a crianças em idade escolar, concordamos com Sanches e Amarante (2014) que não estamos sendo contra a existência real de uma doença, mas ao fato de a criança agitada, fora do padrão, ser sempre pensada a partir de um distúrbio neurológico. Dessa forma, crianças agindo como crianças e se comportando de maneira típica da infância, pode ser suficiente para um diagnóstico (BASSANI; VIEGAS, 2020). Os problemas da vida, as diferenças, aquilo que “não deu certo”, passa a ser visto como uma doença (MOYSES E COLLARES, 2013), sustentando a ideia de que, no caso das crianças, existe uma infância única e modelar, são desconsiderados os diferentes contextos que os sujeitos vivem (BASSANI; VIEGAS, 2020).

Durante a análise da pesquisa, relacionamos os dados dos itens *serviço que fez o encaminhamento* e o *diagnóstico*, com a finalidade de observar qual o diagnóstico prevalente entre crianças ou adolescentes encaminhadas pela escola. Dos 18 prontuários de crianças encaminhadas pela escola, 17 tinham diagnóstico.

O principal diagnóstico das crianças e adolescentes que foram encaminhados pelas escolas, totalizando 38% (8) dos prontuários, se encaixa na categoria dos Transtornos do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH, no CID-10. Um resultado que, mais uma vez, segue na mesma direção de outras pesquisas (BASSANI; VIEGAS, 2020; VIEGAS, 2016; MOYSES E COLLARES, 2012; MOYSES E COLLARES, 2013; LIMA, 2016). Para Lima (2016), o TDAH foi transformado em um “diagnóstico escolar”, pois a sala de aula é o ambiente principal onde são necessárias as habilidades de autocontrole e foco, que “faltam” aos imperativos e desatentos. A falha em cumprir essa exigência parece equivaler a um “transtorno”, identificado na criança ou adolescente, de maneira alguma considerando o contexto psicossocial ou escolar.

Conforme já sinalizado anteriormente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), indica que o TDAH apresenta sintomas que se assemelham aos comportamentos infantis, além de seus sinais e sintomas serem identificados facilmente em pessoas com desenvolvimento típico, evidenciando a possibilidade de diagnósticos equivocados. Atualmente, sob a perspectiva do CID-11, cinco dos nove tópicos da dimensão da “Desatenção” são citados explicitamente elementos que fazem parte do ambiente escolar, nos outros quatro tópicos, ainda que não haja referência direta, as dificuldades se refletem na escola (LIMA, 2019).

Em nossa pesquisa, percebemos a lógica de medicalização da queixa escolar, em outro aspecto, a falta de diálogo entre os dois serviços: escola e ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. Dos 201 prontuários analisados, 122 tinham, em anexo, um relatório escolar solicitado pelo psiquiatra que fez o atendimento, que parece funcionar como uma forma de ajudar na elaboração do diagnóstico. Apesar disso, não há um demonstrativo de troca entre os profissionais que possibilitasse um cuidado em rede e colaborativo.

Esse resultado demonstra que as equipes de saúde, no Brasil, ainda seguem um modelo hegemônico de cuidado, baseado em práticas hierarquizadas, fragmentadas, medicalizantes e individualizantes, apontando a necessidade de ser superada, de modo que esse cuidado passe a ser integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012).

Salientamos que o matriciamento, como um modo de produzir saúde que consiste na construção compartilhada de cuidado entre duas ou mais equipes (CHIAVERINI, 2011), é bastante relevante na atenção ao usuário do serviço de saúde, possibilitando a interação entre os pontos da rede de cuidado, com as escolas, as equipes de assistência social e demais instituições que fazem parte do cotidiano das crianças e suas famílias, privilegiando um trabalho territorial e em rede previsto pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2013).

A medicalização da queixa escolar pode reduzir a complexidade da vida, simplificando questões complexas e tornando a vida de crianças e adolescentes, objetos, passíveis de serem moldados. Desse modo, essas crianças e adolescentes deixam de existir como pessoa, com suas histórias, sentimentos e emoções, suas diferenças são rotuladas e definidas por um diagnóstico.

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a relação do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil com a rede escolar de um município do recôncavo da Bahia. Para isso, realizou-se uma pesquisa documental em 201 prontuários do ambulatório de saúde mental, de crianças e adolescentes atendidos no serviço entre os anos de 2018 e 2019. A partir do resultado da produção dos dados, foram produzidas duas categorias de análise, a saber: o modo ambulatório e a medicamentação da queixa escolar. Tais categorias estão articuladas, relacionando entre si a todo momento, já que o modo ambulatório, caracterizado como uma lógica de funcionamento a partir da qual se favorece a produção de um cuidado individualizante, patologizante, medicamentante e centrada na doença, parece ser reafirmado também no ambiente escolar, através de práticas que tornam as questões escolares, uma questão da criança ou adolescente e sua família.

O modo ambulatório demarca uma prática centrada na doença e na individualização do sofrimento, em que cada caso é tratado de forma isolada, sem troca ou comunicação com outros serviços da rede de atenção psicossocial, demarcando resquícios de uma lógica manicomial e biomédica. Esse resultado é demonstrado pelas evidências de falta de comunicação entre o ambulatório de saúde mental infanto-juvenil e os demais serviços da rede. Além disso, os atendimentos a partir da triagem são encaminhados para serem realizados pela psiquiatria em 96% dos casos analisados, parece contribuir para uma lógica que favorece a medicamentação, demonstrada a partir do número considerável de crianças com prescrição para uso de psicotrópicos.

Parece haver uma mesma lógica a reger o modo ambulatório e práticas em escolas quando estas tendem a compreender a queixa escolar única e exclusivamente pela régua de orientação biomédica, a partir da qual, contribuem para a patologização e medicamentação destas crianças e adolescentes. Essa lógica entendemos ser o processo de medicalização da infância e da vida.

Nesta pesquisa, uma das evidências produzidas a partir da análise dos prontuários é a confirmação do processo de medicamentação da queixa escolar ser reafirmada e possibilitada a partir dos diagnósticos, representados principalmente pelo TDAH, diagnóstico presente consideravelmente nas crianças e adolescentes encaminhadas pelas escolas para o ambulatório, a partir do qual consideramos junto com pesquisas utilizadas para a análise, se

tratar em várias situações da necessidade de contenção e controle que permeia a escolas, tornando passível a medicalização das diferenças.

Desse modo, entendemos que o ambulatório tem reproduzido a lógica manicomial, mesmo após a implementação de políticas públicas de atenção psicossocial. Reforçamos a importância dos CAPS, especialmente os CAPS-i, no acompanhamento de crianças e adolescentes com demanda para o serviço, já que o mesmo se encarrega de um cuidado interdisciplinar, intersetorial e construído com a família e os serviços do território. De modo a possibilitar uma visão ampliada do sujeito agregando a complexidade da vida e as singularidades. Para isso, esse serviço precisa ser fortalecido para que não reproduza uma lógica ambulatorial, fragmentando os/as crianças e adolescentes atendidos, conseguindo realizar um diálogo e cooperação entre os diversos serviços e atores envolvidos no processo. Nessa direção, ao receber crianças e adolescentes encaminhadas pelas escolas, esse serviço, necessariamente, precisaria ampliar sua relação com essas escolas e suas trabalhadoras de modo a colocar em análise a demanda que está sendo produzida, matriciando a rede como proposto pelo Sistema Único de Saúde.

O estudo aponta-nos a relevância de uma luta ainda mais consistente, por um cuidado em liberdade e em defesa da atenção psicossocial, cujo cuidado seja integral, interdisciplinar e sensível aos sujeitos, em tempos difíceis, como o que estamos vivendo, de grandes retrocessos e intolerância, agravado por um governo obscurantista, intolerante e preconceituoso, que tem imposto a perda de direitos, o acirramento das desigualdades sociais, o sucateamento dos serviços públicos de saúde, especialmente de saúde mental.

Essa pesquisa não visou desvalorizar as especialidades, nem culpabilizar uma categoria ou outra, se assim o fosse, cairíamos na lógica medicalizante que questionamos ao longo do estudo (BASSANI, VIEGAS, 2020; GOUSSOT, 2021). Buscamos refletir sobre a lógica de funcionamento que ainda opera nos nossos sistemas de saúde, educação e assistência social, não se restringindo a um profissional ou espaço específico, mas como um *modus operandi* que pode ser reproduzido em qualquer lugar e por qualquer pessoa, inclusive por nós que a criticamos. Por isso, salientamos a importância de colocarmos as nossas práticas, e a nós mesmos, em análise, assumindo, em nosso cotidiano, uma prática de enfrentamento ao modelo manicomial que habita em nossos espaços de atuação e, em certa medida, em cada um de nós.

Sugerimos que outras pesquisas sejam desenvolvidas a fim de entender a relação do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil e as escolas inseridas em outros contextos e regiões. Propomos, também, o desenvolvimento de estudos que busquem compreender a perspectiva dos profissionais da educação acerca da lógica medicalizante, presente em seus espaços, bem como o desenvolvimento de atividades que pensem uma articulação entre os serviços da rede, possibilitando um trabalho interdisciplinar e intersetorial, envolvendo diferentes políticas públicas. Além disso, acreditamos ser importante o desenvolvimento de pesquisas que pensem a perspectiva racial e de gênero que envolve os processos de medicalização infantil.

Reafirmamos a nossa responsabilidade com a produção de uma Psicologia ética e comprometida com o ser humano, entendendo-o como um ser histórico e em construção. A ciência pode ser colocada a serviço de diversos projetos de vida e de ser humano. Temos o compromisso com uma ciência que liberta, sem desejar encaixar as pessoas em padrões, respeitando a complexidade e singularidade da vida, consoante com o pequeno poema de Mário Quintana:

Por que prender a vida em conceitos e normas?
O belo e o feio... O bom e o mau... Dor e prazer...
Tudo, afinal, são formas
E não degraus do ser!

(Da perfeição da vida- Mario Quintana)

Não nos limitemos a ser apenas profissionais ditos da saúde, da educação, da assistência social. Sejamos profissionais da vida, deixemos vir à tona a diversidade sem subjugar-la aos padrões existentes e façamos ressoar em nossa prática o que gritamos a plenos pulmões: “manicômios, nunca mais!”. Derrubemos, pois, os manicômios que habitam em nós, que habitam em nossas concepções, que habitam a nossa prática, com a roupagem de cuidado. Afinal, quando falamos da vida é sempre sobre formas, e não degraus do ser!

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. A.; RODRIGUES, R. C.; SANTANA, M. S. Os meandros do processo de medicalização infantil e seus efeitos: habitando a sala de espera de um ambulatório de saúde mental, 2021 (no prelo)

BASSANI, E. VIEGAS, L. S. A medicalização do “fracasso escolar” em escolas públicas municipais de ensino fundamental de Vitória-ES **revista entreideias**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 9-31, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/28793>. Acesso em: 01 Junho de 2022.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso, 2005. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm Acesso em: 13 de março de 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Distrito Federal, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 de julho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, DF 2012. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_es_trategia_led.pdf. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Atlas do Senso demográfico 2010**, Rio de Janeiro, 2013.

BRITO, L. F.; ABREU T. P. O Aumento do Consumo de Álcool e de Benzodiazepínico: Alprazolam no Período da Pandemia do Covid-19. **Revista Ibero-Americana de**

Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.7.n.10. out. 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/2698>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

CALIMAN, L. V.; PASSOS, E.; MACHADO, A. M. A medicação nas práticas de saúde pública. In: KASTRUP, V.; MACHADO A. M. (Org.). **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação.** 1ed. Paraná: Editora CRV, 2016, v. 1, p. 19-40

CFF, Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6015>>. Acesso em: 01 de março de 2022

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.

Acesso em: Julho de 2022

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo. In: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; grupo interinstitucional queixa escolar.** Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 193-214, 2011

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

<https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2022

DAMOUS, I.; ERLICH, H. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial:** reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 911-932, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, p. 17-32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/4B98gsBMbNyfQFj99hGDHhf/?lang=pt>. Acesso em: 07 de maio de 2022.

GOUSSOT, A. Abordagens críticas da infância: o olhar da educação. In: **Desver o mundo, perturbar os sentidos:** caminhos na luta pela desmedicalização tradutora, Sabrina Gasparetti Braga. - Salvador: EDUFBA, 2021. Pp. 25-34.

KRIPKA, R.M.L; SCHELLER, M., e BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD Bogotá** – Colombia, nº 14, 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/58230159-Pesquisa-documental-na-pesquisa-qualitativa-conceitos-e-caracterizacao.html>. Acesso em: 13 de março de 2022.

LIMA, R. C. De volta ao TDAH: 15 anos depois in: **SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: Territórios, políticas e clínicas de resistência/** Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Maria Aparecida Affonso Moysés (Orgs.). Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/84176931/saude-mental-infantojuvenil-territorios-politicas-e-clinicas-de-resistencia-surj>. Acesso em: 29 de junho de 2022.

LIMA, R. C. Psiquiatria infantil, medicalização e a síndrome da Criança Normal In: **Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (org.)**. Conversações em Psicologia e Educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5a Região, p. 61–76, 2016

MASCARENHAS, A. Prefeitura inaugura CAPS Infantojuvenil nesta sexta-feira (14): SAJ. **Blog TVSAJ**. Santo Antônio de Jesus, 14 de agosto de 2020. Disponível em: <https://tecnoblog.net/responde/referencia-site-abnt-artigos/> Acesso em: 16 de julho de 2022

MESQUITA; DESLANDES, A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde, **Saude soc.** 19 (3), 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RS3pczqj7HcgZYHyDXsxPfs/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 14 de julho de 2022.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES C. A. L Controle e medicalização da infância. **Desidades**, n. 1, v. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456>. Acesso em: Maio de 2022.

OLIVEIRA, E. C. de; HARAYAMA, R. M.; VIÉGAS, L. de S. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 45, p. 99-118, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24598>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022

PANDE, Mariana Nogueira Rangel **Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças**. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

PRESTES, Z. A teoria histórico-cultural, a ciência e a medicalização na educação In: **Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização** tradutora, Sabrina Gasparetti Braga. - Salvador: EDUFBA, 2021. Pp. 25-34

QUITANA, M. Da perfeição da Vida (poema). Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTYxMDY/>. Acesso em 03 de julho de 2022.

RODRIGUES, J. T. A Medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/qtGrLmCP9kxQKxMmbCdPLHx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de março em 2022.

RUFINO P. S., REGINATTO, E. L., DIAS, V. H. H., & SANTOS, M F. 2020. Influência da mídia sobre a população: estudo de caso sobre os medicamentos mais vendidos durante a pandemia de Covid-19 em três municípios da região norte de Mato Grosso. In: **Anais IV CONBRACIS** - Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Campina Grande: Realize Editor

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 38, N. 102, P. 506-514, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ndTy5YqQ6wC958FwyK6Xj6v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.** vol.31 no.3 Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NB46WgNhD6HhbK5YXvYRthh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 de abril de 2022.

SOUZA, B. P. Apresentando a orientação à queixa escolar. In: **Orientação à queixa escolar** / Beatriz de Paula Souza, organizadora – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: **Cadernos do IPUB: a clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 30-46, abr. 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia**. Santo Antônio de Jesus, 2014.

VIEGAS, Lygia de Sousa. Novos modos de atendimento à queixa escolar. In: **Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (org.)**. Conversações em Psicologia e Educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5a Região, p. 13–23, 2016. Disponível em: http://www.crpri.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/livro_psicologia_educacao.pdf. Acesso em 03 de julho de 2022.

ZARZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B.B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1859-1868, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRxxmrBvq5DcQ88Qz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

ZARZANELLI, R.T.; CRUZ, M.G.A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface. Comunicação, saúde e educação**. Botucatu, SP., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpgPWrDj5vHjwCf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.