

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE – UNICENTRO
CAMPUS IRATI-PR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

DENIZE APARECIDA TEIXEIRA

**ENTRE O OLHAR DO CUIDADO E A PATOLOGIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A
REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.**

IRATI-PR

2016

DENIZE APARECIDA TEIXEIRA

**ENTRE O OLHAR DO CUIDADO E A PATOLOGIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A
REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.**

Dissertação apresentada como requisito Parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Curso de Pós-graduação em Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da UNICENTRO.

Orientador: Prof. Dr.Khaled Omar Mohamad El Tassa.

Co-orientador: Prof. Dr. Gilmar de Carvalho Cruz

IRATI-PR

2016

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

TEIXEIRA, Denize Aparecida.

T266e Entre o olhar do cuidado e a patologização: um estudo sobre a rede de atenção em saúde mental à criança e ao adolescente / Denize Aparecida Teixeira. – Irati, PR : [s.n], 2016.

155 f. + anexos

Orientador: Prof. Dr. Khaled Omar Mohamad El Tassa.

Coorientador: Prof. Dr. Gilmar de Carvalho Cruz.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Psiquiatria – dissertação. 2. Psicologia – patologia. 3. Medicamentos – medicalização. 4. Interdisciplinaridade. I. Mohamad El Tassa, Khaled Omar. II. Cruz, Gilmar de Carvalho. III. UNICENTRO. IV. Título.

CDD 616.89

TERMO DE APROVAÇÃO

DENIZE APARECIDA TEIXEIRA

ENTRE O OLHAR DO CUIDADO E A PATOLOGIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.

Dissertação aprovada em 26 de agosto de 2016 apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre no curso de Pós-graduação em Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da UNICENTRO, pela seguinte banca examinadora:

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Khaled Omar Mohamed El Tassa

UNICENTRO

Prof.^a Dr.^a Adriana de Fátima Franco

UEM

Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Bagarollo

UNICENTRO

IRATI-PR

Dedico este trabalho aos meus filhos Murilo e Melina fonte de amor e inspiração, vocês são a luz que ilumina o meu caminho. Meus pais e meu irmão Denner, vocês são meu porto seguro. Ao meu companheiro Daniel, com amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pela vida, pelo amor incondicional, pela formação, por serem fonte de amor à mim e meus filhos, minha mãe companheira nas viagens e pernoites zelando por minha filha enquanto na Universidade eu seguia em busca dos saberes. Minha mãe, mulher guerreira que me ensinou a lutar pelos ideais.

Ao meu irmão Denner pelo zelo com meu filho Murilo. Você, que me acompanhou na vida desde a geração, em que ocupamos por nove meses o mesmo espaço. Nesta jornada terrena sempre me estende a mão, meu super gêmeo, meu porto seguro.

Meus filhos Murilo e Melina, aos quais me fiz ausente diante dos prazos e prazos... saibam que vocês são para mim fonte de amor. E aos que acham que filhos atrapalham, eu digo: “filhos inspiram, a lutar, a buscar, a vencer”. Amo vocês.

Aos cuidadores de meus filhos, professores do Murilo, professoras e babá da Melina, meus pais e meu irmão, Daniel, que compartilham o cuidado ao que tenho de mais valioso em minha vida.

Daniel, mesmo você não aceitando as minhas escolhas acadêmicas, não vou pedir que me compreenda, mas é assim que eu sou, sonhadora. Agradeço pelo cuidado com nossa filha, pela paciência com minha ausência e zelo por nossa família, obrigada, te amo.

Ao meu amigo Eduardo Bangolin, acredito que ele nem imagina o quanto foi importante ao me incentivar e me fazer acreditar que seria possível ingressar nesta jornada que acadêmica, o mestrado.

Aos professores Dr. Gilmar de Carvalho Cruz e Dr. Cesar Rey Xavier por acreditarem que eu seria capaz, quando me aprovaram na entrevista para seleção de ingresso ao curso.

À Ertele Maria Soares Lima Bileski Secretária de Saúde e ao Prefeito Rogério da Silva Almeida, pela compreensão e incentivo neste processo, reconhecendo que esta capacitação volta-se para os usuários do serviço.

À minha amiga e colega de serviço Jeisy Bobato, que mostrou o valor da verdadeira amizade, sendo meu escudo protetor, compreendendo as minhas ausências. A qual vi, ao longo dos meses transformar-se, crescer, enquanto profissional, sua auto-confiança sua disponibilidade de cuidar dos usuários do programa de saúde mental, revelou o quanto você é capaz. Obrigado amiga.

Estendo a gratidão a Loriana Sobanski e a Letícia Cieslak que se fizeram presente no cuidado ao programa e usuários, na minha ausência.

Aos participantes do estudo, que entre desabafos, permitiram expor seus anseios, angustias e conquistas, que tenhamos muitos encontros pela frente.

Aos professores Ms. Michele Cervo e Dr. Gustavo Zamedetti, amigos, que também, foram porto seguro para o conhecimento, me ajudando a ampliar olhares, obrigada pelo suporte, vocês nem imaginam o quanto foi significativo para mim.

As amigas Ana Cândida e Ana Bela por me socorrerem nas horas de aflição, o que seria de mim sem vocês quando tudo parecia tão difícil.

À professora Dra. Maria Fernanda Bagarollo, pela paciência, pelas contribuições valiosas e por tornar o percurso metodológico mais seguro e prazeroso, através de sua disciplina e orientações a metodologia é vista com outros olhares, da perspectiva ao novo.

Ao meu co-orientado professor Dr. Gilmar de Carvalho Cruz pelas contribuições, sua sabedoria me ajudou a delimitar caminhos, mas não me privou de ampliar horizontes.

Por fim, ao meu orientador, professor Dr. Khaled Omar Mohamad El Tassa, pela paciência, compreensão, pela confiança, pela companhia em minhas reflexões, por ser meu guia nesta jornada tão especial de minha vida.

Muito Obrigada a Todos!

RESUMO

A patologização vem mostrando-se um crescente na contemporaneidade, em contramão, a crítica quanto à reprodução de crianças patologizadas vem ganhando força através de crescente movimento, do qual busca-se evitar que questões psicossociais sejam reduzidas a um processo biológico. Sabe-se que grande parte dos encaminhamentos para avaliação psicológica tem origem no ambiente escolar, onde professores encontram-se angustiados a procura de respostas para as dificuldades apresentadas por seus alunos, seja de ordem comportamental ou de aprendizado. Pesquisa qualitativa, tem como amostra componentes da rede de cuidado a criança e adolescente no município ligados as Secretarias de Saúde, assistência social, Educação, Cultura, Conselho Tutelar, presidente do CMDCA (Conselho Municipal da Criança e Adolescente) e uma professora da Secretaria Estadual de Educação. Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em três grupos: Grupo I- Equipe Multi Profissional (11 participantes), Grupo II Equipe Pedagógica (10 participantes), Grupo III- Equipe Gestão (três participantes). Quanto as técnicas para coleta de dados, compreendeu procedimentos de análise documental, realização de entrevistas coletivas através da composição de um grupo focal com professores e outro com equipe multiprofissional, além da aplicação de questionários aos participantes do grupo focal e gestores. O método de análise foi a hermenêutica dialética, em que se elaborou duas categorias de análise, sendo elas, categoria I- As faces de uma rede inexistente, a qual, apresentou características de inexistência quanto rede, configurando-se com um conjunto de equipamentos compartimentalizados mostrando-se desarticulada e fechada em sua disciplinaridade. Categoria II- Da construção da rede às novas perspectivas, novos olhares para o cuidado. Em que confirma indicadores do processo de patologização no município, em que muitos encaminhamentos mostram-se inconsistentes, sendo eles revelados como sintoma de uma rede inexistente que configura uma prática de des-cuidado. Ao destacar a necessidade de articulação da rede através da intersetorialidade e a mudança de paradigmas a formação interdisciplinar mostra-se o caminho para a constituição de uma rede de atendimento com novas perspectivas, novos olhares para o cuidado.

Palavras chaves: Psicopatologização; Interdisciplinaridade; Infância; Saúde Mental; Medicalização.

ABSTRACT

Pathologization has been showing its growth in contemporaneity, in the other hand, the critic about reproduction of pathologized children is gaining strength through a growing movement which seeks to avoid that psychosocial matters be reduced to a biological process. It's known that most part of the referrals to psychological evaluation is originated in the school environment, where teachers find themselves anguished looking for answers for the difficulties showed by their students, may it be of behaviour order or learning. Qualitative research, has as samples components of the children and adolescent care system at the municipality, linked to the health departments, social assistance, education, culture, guardianship council, the president of CMDCA (Child and adolescent municipal council) and a teacher of the state education department. The individuals participating in the research were divided in three groups: Group I- Multi professional team (11 participants), Group II- pedagogical team (10 participants), group III- Management team (three participants). As for the data collection techniques, it included procedure such as documentary analysis, collective interview through the composition of a focal group with teachers and another with a multiprofessional team, furthermore, the application of questionnaires to the participants of focal group and managers. The method of analysis, was the hermeneutic dialectic, in which were elaborated two analysis categories, them being, Category I- the faces of a nonexistent system, which showed characteristics of nonexistence as a system, taking shape with a set of compartmentalized equipments, appearing dismantled and closed at its disciplinarity. Category II- Construction of the system to new perspectives, new insight for the caring. In which confirms indicators of the process of pathologization in the municipality, in which lots of referrals show up to be inconsistent, being revealed as symptoms of a nonexistent system, which manifests itself at the practice of (dis)regard. pointing out the necessity of articulation of the system through intersectoriality and paradigm shift the interdisciplinary shows itself as the path to the constitution of a new service network with new perspectives, new sights for care.

Keywords: Psycho-pathologization. Interdisciplinarity. Childhood. Mental Health. Medicalization.

LISTA DE QUADROS

QUADRO1 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO SELECIONADOS PARA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	30
QUADRO 2- CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL-MP	57
...	
QUADRO 3 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO EQUIPE PEDAGÓGICA-EP....	58
QUADRO 4- CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTÃO- EG.....	59
QUADRO 5- SÍNTESE CONFRONTO ENTREVISTAS DO GRUPO FOCAL.....	67
QUADRO 6- ORGANIZAÇÃO DA REDE.....	70
QUADRO 7– FORMAÇÃO.....	81
QUADRO 8– PRESCRITO X REALIDADE.....	88
QUADRO 9:PATOLOGIZAÇÃO.....	98

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1- ETAPAS O PROCESSO DE PESQUISA	61
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - EQUIPAMENTOS QUE COMPÕEM A REDE DE CUIDADO MUNICÍPIO DE MALLET - PR.....	52
FIGURA 2 - A REDE QUE SE TEM.....	143
FIGURA 3 - A REDE QUE SE QUER TER.....	143

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 O CUIDADO EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	16
3.2 OS OLHOS SÃO CEGOS	19
3.3 O CONHECIMENTO	21
3.4 CUIDAR EM REDE: INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS	25
3.5 AS LENTES SOBRE AS QUAIS OS OLHOS (NÃO) VÊEM	34
3.6 FLOR E ESPINHOS	39
3.7 A FLOR, OS ESPINHOS E OS LAÇOS	44
4 MÉTODO	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	46
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E SUA PROBLEMATIZAÇÃO	48
4.2.1 Do território e sua problemática	48
4.2.2 Equipamentos de cuidado	51
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	59
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	64
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	68
5-1 ORGANIZAÇÃO DA REDE	69
5. 1.1 Falta de Planejamento	71
5.1.2 Falta de Fluxo	71
1.1.3 Fragmentação	73
5.1.6 Falta de Articulação	75
5.2- FORMAÇÃO	81
5.2.1 Formação Inicial Disciplinarizante	82
5.2.2 Pouca Relação: Universidade X Comunidade	82
5.2.3 Voltada Para Avaliação e Diagnóstico	83

5. 2.4 Formação Continuada Disciplinarizante	87
5-3 PRESCRITO <i>VERSUS</i> REAL	88
5.3.1 Não Condiz com a realidade.....	88
5.3.2 Gerenciamento	89
5.3.3 Entendimento sobre as Políticas Públicas	92
5-4 PATOLOGIZAÇÃO	97
5.4.1 Encaminhamentos	98
5.4.2. Crença no Discurso Médico.....	108
5.4.3 Família	110
5.4.4 Indicadores de Patologização: Apresentação De Um Caso	111
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	113
6.1. AS FACES DE UMA REDE INEXISTENTE	115
6.2 DA CONSTRUÇÃO DA REDE ÀS NOVAS PERSPECTIVAS, NOVOS OLHARES PARA O CUIDADO	122
6-3 APONTAMENTOS PARA A OTIMIZAÇÃO DA REDE	138
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO/GESTORES.....	151
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO/PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL.....	152
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA O GRUPO FOCAL	154
ANEXOS.....	156

1 APRESENTAÇÃO

A motivação quanto ao tema proposto por este trabalho surgiu pelos enfrentamentos encontrados dia a dia no trabalho da pesquisadora, psicóloga, lotada na secretaria de saúde em uma unidade de saúde de um município de pequeno porte. Ao deparar-se com a alta demanda de encaminhamentos de crianças e adolescentes para consultas psiquiátricas, neurológicas e psicológicas, observou-se que, em sua maioria, os encaminhamentos apontados com suspeitas diagnósticas mostravam-se inconsistentes, visto que, ao investigar a queixa da criança, adolescente ou mesmo de sua família, muitos dos casos apresentavam questões de ordem social e não psiquiátrica ou patológica. Foi observado também que alguns casos apresentavam uma linha tênue quanto às questões de ordem clínica e de conflitos de ordem social, sendo necessária a compreensão acerca do contexto em que a criança encontrava-se inserida.

Ao pesquisar sobre o tema, constatou-se um movimento contra o processo do que havia sido observado na unidade de saúde. Foi a partir dessas pesquisas que se conheceu o termo patologização, em que autores de referência, como Moysés e Collares (1996), e movimentos como o do Conselho Regional de Psicologia (doravante, CRP) de São Paulo (ANGELUCI et al, 2010), vinham debatendo e alertando quanto à patologização e a medicalização de crianças e adolescentes.

A opção em ter como foco principal o tema medicalização/patologização da infância se deu a fim de compreender se este processo estava acontecendo no município investigado, visto as complexidades envolvidas. Por exemplo, de um lado haviam as filas enormes para atendimento psicológico clínico, de outro, em discussões da rede da criança e adolescente, a partir dos desfechos das discussões de casos, questões de ordem social acabavam em encaminhamentos para atendimento clínico. Havia ainda casos em que era identificada uma linha tênue entre questões de ordem clínica e social.

Assim, foi iniciada a pesquisa que teve como enfoque a rede de cuidado à criança e ao adolescente, visto que os profissionais que a compõem são os que estão na linha de frente nos atendimentos a este público; são eles que recebem a demanda, acolhem e, ou encaminham. Dessa forma, entender o funcionamento da rede acerca dos atendimentos clínicos, medicação, bem como a organização dos

serviços de cuidados e todas as complexidades envolvidas, foi o que se objetivou com esta pesquisa.

Por meio da análise das comunicações emergidas nos grupos focais com diversos profissionais que compõem a rede de atendimento às crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizado e/ou comportamento, estimou-se possibilitar a compreensão sobre a rede de cuidado, entender como os serviços estão organizados e se ela se propõe a uma intervenção voltada para o cuidado, porque tantas crianças chegam às Unidades de Saúde? Elas estão sendo “vistas” em outros serviços? Tais casos seriam casos de patologia ou patologização?

Nesta discussão, surgem indicadores que apontam o caminho para tal compreensão. Um deles refere-se às políticas públicas, as quais demonstram apresentar a prescrição de um serviço de cuidados que, na prática, não se concretiza, contribuindo, assim, para o processo de patologização. Outro indicador aponta para a ideologia medicalizante, tema constantemente discutido na contemporaneidade. Contudo, através de uma discussão interdisciplinar, busca-se identificar como ela reflete nas ideias e práticas de profissionais. Nesse sentido, é cabível questionar-se: há um consenso entre esta prática de (des)cuidado ou há um conflito de ideias? Como elas refletem no fluxo da rede?

Além desses indicadores, aponta-se um terceiro, que concerne à hiperespecialização, que, em sua fragmentação do saber e prática, demonstra estar contribuindo para o olhar míope destinado a estas crianças. Assim, por meio da discussão interdisciplinar, pretende-se também compreender como o conhecimento intervém na realidade social deste grupo de profissionais.

Ao compreender a organização da rede de atendimento às crianças e adolescentes, para avaliação diagnóstica ao serviço de saúde mental feitos pela rede, se espera, por exemplo, identificar possibilidades de intervenção que contribuam para a redução de problemas psicossociais a patologização bem como para a compreensão da produção deste fenômeno no ambiente escolar. Ressalta-se ainda que, ao se reunir profissionais de várias áreas, o fluxo de encaminhamentos seja repensado com possibilidades de mudança para uma prática cuidadora.

2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (doravante OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2001, p.3). Esta abordagem alarga o conceito biológico da saúde, pois inclui os componentes psicológicos e sociais do ser humano. Nesse sentido, a saúde pode ser considerada como a condição em que se encontra o organismo quando reage satisfatoriamente às exigências do meio. E a saúde mental pode ser compreendida num conceito amplo do bem-estar psíquico, tal como se inclui na definição de saúde da OMS.

Importante se torna atentar para os impactos negativos dos transtornos mentais no desenvolvimento e no processo de aprendizagem dos escolares, a fim de se pensar na organização de ambientes de aprendizagem apropriados para o desenvolvimento saudável, bem como, considerar a escola como espaço complexo que deveria privilegiar a diversidade e que é formada por atores de diferentes faixas etárias e traços singulares da personalidade. A busca de ações pedagógicas centradas na aprendizagem dos alunos parece tornar-se o maior objetivo quando se pensa no papel da educação na sociedade e na responsabilidade daqueles que estão envolvidos no processo de transformação coerente e sustentável.

No entanto, observa-se um crescente número de encaminhamentos para avaliação psicológica de escolares, que, em sua maioria, mostram-se equivocados e sem consistência, quando se propõe a compreender a conjuntura sociocultural sobre a qual a criança esta inserida (SOUZA, 2000; LOPES, 2013).

Tal quadro muitas vezes é constatado pelo profissional psicólogo no primeiro encontro com a criança. Neste processo de “olho e vejo a criança”, é possível constatar que enxergar pode não ser tão simples quando pré-conceitos e conceitos são supervalorizados, e se prioriza no processo critérios diagnósticos ao invés da destinação da devida atenção no “olhar e enxergar a criança”. Existem casos em que a psicopatologia e as manifestações psíquicas de conflitos de ordem pessoal, ambiental ou familiar encontram-se separadas por uma linha tênue, sendo recomendado que o trabalho de investigação e acompanhamento do aluno seja muito sutil, com prioridade na compreensão do contexto em que a criança investigada esta inserida (PEREIRA, 2009).

Este estudo não tem a intenção de desconsiderar as patologias, muito menos

os avanços conquistados pela neurobiologia, mas diante da “epidemia” de diagnósticos em ambientes escolares (WELCH; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2007) e a decorrente medicalização e patologização, torna-se necessário distinguir o que é patologia e o que é patologização.

Para Angelucci e Souza:

É preciso esclarecer que nomeamos como Medicalização ao processo de conferir uma aparência de problema de Saúde a questões de outra natureza, geralmente de natureza social. Não se restringe ao âmbito da Medicina e dos tratamentos medicamentosos, mas diz respeito também a campos de outros profissionais de Saúde, como psicólogos e fonoaudiólogos, por exemplo. O termo Patologização tem sido utilizado com significado semelhante (ANGELUCCI; SOUZA, 2010, p. 9).

Para Lopes “[...] significa dizer que medicalização, biologização e patologização são termos de uma mesma equação, sendo muito improvável que estes três conceitos sofram uma dissociação” (LOPES, 2013, p. 22). O autor pontua ainda que toda vez que o saber médico institui-se no território escolar tende a priorizar as questões de dificuldades escolares como sendo de natureza patológica.

Existe na atualidade uma tendência à medicalização da vida, uma vez que diagnósticos são formulados sem o profissional ampliar o olhar para o contexto sócio-histórico da criança. Neste processo, existe um movimento contra a medicalização (CALIMAN, 2010; PATTO, 1999; COLLARES; MOYSÉS, 1996), com objetivo de conscientizar a sociedade e os profissionais responsáveis da necessidade de uma maior sensibilidade na percepção de quem se apresenta logo a sua frente e necessita de cuidados: a criança. Essa carrega consigo uma história, e, quando é ignorada, pode-se tornar vítima, além de haver uma grande possibilidade de entrar para o mercado das farmacodependências ao sair do consultório carregando consigo um código de doença.

A discussão surge pela compreensão de que essas crianças deveriam ser observadas em sua totalidade, não apenas em um contexto, no caso, o escolar. Constantemente sua subjetividade é ignorada e, ao se rotular como demanda clínica, o contexto social acaba sendo desconsiderado. Assim, doenças são produzidas sem se questionar os critérios diagnósticos, ou seja, sem a real existência delas, conforme aponta Collares e Moysés:

A ausência de contato com questões sociais dentro de uma perspectiva crítica e histórica, a valorização exagerada das especialidades no mercado

de trabalho, a formação baseada em literatura inglesa sem a necessária revisão de conceitos para nossa realidade, a falta de discussões sistematizadas sobre o papel social da medicina, tornam o médico bastante receptivo, acriticamente à difusão de novas teorias sobre novas doenças (COLLARES; MOYSÉS, 1985, p. 10).

Acredita-se que práticas de cuidado, quando articuladas de modo a manter a comunicação e corresponsabilização entre profissionais, possibilita maior conhecimento da realidade da vida cotidiana da criança que foi encaminhada. O Ministério da Saúde afirma que a corresponsabilização e a criação de laços de compromisso tornam-se fundamentais, “[...] constituindo-se em um novo modo de agir em saúde, em que as responsabilidades pelo cuidado dos usuários são compartilhadas pelas famílias e pelas equipes de saúde” (BRASIL, 2013a, p. 47).

No que se refere ao cuidado à criança e ao adolescente aponta-se, ainda, a necessidade de potencializar a articulação entre saúde, família, educação, assistência social e outras instituições que possibilitem maior conhecimento da realidade da vida cotidiana da criança que foi encaminhada. Tais ações também evitam a desresponsabilização por parte de quem encaminhou, sendo que esses, na maioria das vezes, abrem mão do acompanhamento após ter transferido a responsabilidade. O termo cuidado usado no texto refere-se à atenção, precaução e responsabilidade quanto às crianças atendidas nos diversos serviços públicos.

Diante do exposto, tem-se como objetivo neste estudo, compreender a organização da rede de atendimento às crianças e adolescentes de um município de pequeno porte, a fim de identificar possibilidades de intervenção que contribuam para a redução de problemas psicossociais e a patologização.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Ao se enfatizar o tema “olhar do cuidado” citado no título e que será abordado ao longo do referencial teórico, será apresentado no início de alguns capítulos, fragmentos da estória do livro pequeno príncipe de Antoine de Saint-Exupéry, relacionando-os com o tema a ser apresentado no capítulo. A fim de possibilitar reflexões que remetam ao “cuidado”.

3.1 O CUIDADO EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

[...] E lançou um olhar, ao seu redor, no planeta do geógrafo. Nunca havia visto planeta tão majestoso.

-O seu planeta é muito bonito. Haverá oceano nele?[...] - E cidades, e rios, e desertos?

-Eu não posso saber tudo- disse o geógrafo pela terceira vez.

-Mas o Senhor é geógrafo!

-É verdade- disse o geógrafo-, mas não sou explorador.

(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.51-52)

A citação acima, nos faz refletir sobre as práticas compartimentalizadas, quando o profissional se prende a suas teorias, ao seu setor e não se dispõe a troca torna-se um obstáculo para o cuidado.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Centros de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2013a).

A expansão das Redes de Atenção Psicossocial no Brasil tem como objetivo ampliar o cuidado em saúde mental, articulado por diversos serviços e equipamentos do serviço público existentes no território. Desta forma, o olhar de cuidado ao usuário inserido na rede não se restringiria ao local de atendimento inicial, possibilitando, caso o usuário necessite, receber a mesma atenção pelos segmentos de outras localidades vinculadas às Redes de Atenção Psicossocial. Além da garantia do acesso do usuário aos serviços, a Rede de Atenção Psicossocial possibilita a articulação e a troca de saberes entre os profissionais que exercem o cuidado em diferentes instituições (BRASIL, 2013a).

Lancetti (BRASIL, 2013a, p. 119) enfatiza que “[...] as ações acontecidas em

território são ricas em possibilidades e, quando operadas em redes quentes mostram maior potencialidade terapêutica e de produção de direitos”. Neste sentido, parece haver uma otimização dos serviços prestados à comunidade com a articulação entre serviços e políticas públicas, bem como, práticas de pontos de cuidado existentes na comunidade que permitam um “operar com”, ou seja, um olhar contextualizado e articulado entre os diversos espaços de cuidado existentes no território. Um dos princípios norteadores do cuidado em saúde mental é a territorialização.

Ao falarmos em território, devemos pensar no lugar em que moramos e de como ele influencia na qualidade de vida que temos. Nessa perspectiva, o território pertence à sociedade de um determinado local, onde se articulam e se estabelecem as relações sociais. O território deve se constituir, em um lugar de promoção de saúde, promoção de solidariedade, onde vários sujeitos sociais atuam de modo coletivo na busca de melhoria das condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2013a, p. 71).

Assim, atentar-se para a territorialidade no processo de cuidado através de um olhar voltado para os sinais e significados presentes na vida da criança possibilita a interpretação de sua subjetividade e compreensão de sua realidade. Corroboram com tal afirmação Beger e Luckmann (1988), uma vez que consideram que a subjetividade se origina nessa realidade, ou seja, ela é experienciada através das relações originadas na comunidade.

A compreensão dessa realidade social, o modo como a criança se relaciona com essa, torna possível a produção de um conhecimento singular e a construção de um projeto terapêutico voltado para o cuidado integral. Contudo, tal território mostra-se pouco explorado, pois é percebido que se os profissionais estivessem mais atentos à exploração deste contexto, haveria uma significativa redução de tais suposições diagnósticas. O território é também um espaço de vida, onde a criança pode ser inserida de maneira a se beneficiar de atividades oferecidas pela rede como, lazer, educação e cultura que, por si, também apresentam caráter terapêutico e de promoção à saúde.

No âmbito das recomendações do Ministério da Saúde, a Atenção Básica considera o cuidado em saúde mental com um olhar voltado para a singularidade e integralidade de cada sujeito e de sua comunidade, “[...] orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças” (BRASIL, 2013b,p.23). Nesse entendimento, o cuidado não se limita às ações realizadas

apenas na unidade de atenção básica, mas na observação do cotidiano da vida de cada um e nas ações realizadas pela própria comunidade.

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde,

São várias as modalidades de operar em parceria e nenhuma delas retrocede à época do preventivismo, quando as equipes de Saúde Mental pretendiam prevenir as doenças mentais e acabavam aumentando o fluxo de pacientes graves para hospitais psiquiátricos. Todas essas maneiras de fazer Saúde Mental na atenção primária têm em comum o fato de operar junto e não dividir o trabalho ou se recluir nos consultórios [...] (BRASIL, 2013a, p.120).

Dessa maneira, para que ocorra um trabalho em rede é necessário, entre diversos fatores, a disponibilidade e o interesse das partes envolvidas. Quando se fala em políticas públicas e em cuidado, percebe-se que o prescrito nem sempre é exercido, haja vista que existem conflitos de formação profissional, até lacunas que se refere à tempo, espaço e equipe – o que pode desencadear, na prática do serviço público, um abismo (TEIXEIRA; TASSA, 2014).

Ao se pensar no cuidado em saúde mental, considerando-se as crianças que são frequentemente encaminhadas a este serviço na atenção básica, com diversas suposições diagnósticas, mostra-se necessário, antes de supor um diagnóstico baseado na lógica saúde-doença, ampliar o olhar para o contexto em que a criança está inserida, para a sua família e sua cultura, de forma a conhecer sua realidade. Assim, a busca pela compreensão não deve ser feita de forma solitária, mas realizada pelos diversos profissionais que são responsáveis pelo cuidado nas mais diversas áreas. Contudo, estes segmentos e serviços multiprofissionais mostram-se desarticulados, fato que gera fragmentação de informações que, se articuladas, poderiam possibilitar de modo coerente, sequenciado e fundamentado a compreensão dos casos em processo de investigação (TEIXEIRA; TASSA, 2014).

Entender a fragmentação do saber e o isolamento dos pontos de ações de cuidado em saúde mental requer uma melhor compreensão da formação profissional, ou seja, requer refletir acerca de como aprendemos a cuidar. Dessa forma, pergunta-se: como se dá a prática profissional do cuidado? Será esse um cuidar em rede ou um cuidar fechado em nossas teorias e suposições sem abertura para a troca? Na prática cotidiana a Rede de Atenção Psicossocial está em processo de constituição, no entanto, tem-se constatado a realização de um trabalho compartimentalizado dos segmentos que fazem parte do programa. Nesse viés,

Morin (2004) nos faz refletir sobre nossos aprendizados e nos provoca a repensarmos na nossa organização de conhecimento.

3.2 OS OLHOS SÃO CEGOS

*Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.
(Antoine de Saint-Exupéry, 2015,p.70)*

Conforme fragmento, a relação que se faz, é sobre o olhar míope, que através da hiperespecialização, deixa de ver o essencial, desconsiderando a necessidade de se pensar no cuidado à criança através de um o olhar ampliado ao contexto em que ela encontra-se inserida.

Com o objetivo de ampliar o olhar para a criança de modo a compreender sua totalidade, busca-se na interdisciplinaridade o referencial teórico capaz de possibilitar a reflexão sobre práticas que contribuam para a mudança de concepções biologistas em que crianças se alinham na reprodução de patologias.

Teixeira e Tassa acreditam que, “a criança neste cenário da patologização, quando designada a um olhar especializado, mas não contextualizado, deixa de ser vista em sua totalidade e com isto ignorada em sua complexidade” (TEIXEIRA; TASSA, 2014, p.37).

Acrescenta-se ainda o pensamento de Morin (2004), em que ele evidencia a existência da complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Para o autor, a complexidade mostra-se rica em um todo que opera em conjunto e, quando observados, nos permitem uma visão privilegiada deste todo.

Morin (2004) apresenta os desafios da atualidade e a necessidade de compreendermos a complexidade da contemporaneidade por meio do conhecimento articulado entre diversos saberes e com um olhar ampliado para a realidade da criança. Realidade essa que comumente é ignorada em sua amplitude. Nesta via de raciocínio, Fazenda afirma que “[...] a Educação Interdisciplinar é uma forma de compreender e modificar o mundo, o homem é agente e paciente de uma realidade

que, portanto, precisa ser investigada em seus mais variados aspectos” (2005, p.50).

Em geral, a visão que se tem das crianças que compõem as Instituições Escolares que apresentam dificuldades de aprendizagem, comportamento social “inadequado”, que correm demais, falam de mais, ou falam de menos, entre outros, são descontextualizados, fato que acaba desencadeando pré-conceitos. Além disso, julgamentos como esses podem inferir na subjetividade e construção da identidade de tais crianças (MAZZOTTI, 2003; MACHADO, 2000). Nesse sentido, observa-se crescente número de encaminhamentos para avaliação psicológica de escolares, que, em sua maioria, mostram-se equivocados e sem consistência quando se propõe a compreender a conjuntura cultural em que a criança está inserida. Assim, subentende-se que o equívoco está relacionado a um olhar míope que não conseguiu enxergar o essencial (SOUZA, 2000, LOPES, 2013).

Compreende-se que a fragmentação do saber e o isolamento dos pontos de ações de cuidado em saúde mental é decorrente de uma formação profissional fundamentada no especialismo em que o saber toma forma de (des)saber, conforme nos faz refletir a crítica de Eliot citado por Morin (2004, p.17) “onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento”? Neste mesmo caminho de crítica, quanto à produção do conhecimento, Santos (1988) critica a dicotomia biológica cultural e a especialização enquanto conhecimento local e total. Para o autor, “é hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado e que isso acarreta efeitos negativos” (SANTOS, 1988, p.64).

Neste contexto, a prática do cuidado mostra-se compartimentalizada, e a fragmentação é justificada por teorias e suposições sem abertura para troca. Deste modo, a rede, quando desarticulada, contribui para que o cuidado tome forma de “descuidado”. E, por esse viés, pode-se reiterar o pensamento de Morin (2004) em relação à interação dos saberes, em que ele mostra a importância da prática dos saberes inter-relacionados no sentido da construção e entendimento do todo.

Buscando compreender a construção e organização do conhecimento a fim de identificar como o conhecimento reducionista e fragmentado em questões biologistas contribui para a patologização de crianças e adolescentes, recorre-se a Santos (1988). Ele ressalta que a prática denunciada é decorrente de uma ciência hegemônica, que, pautada na busca da verdade, crê no conhecimento científico como a única forma de se chegar à apreensão da realidade.

A dominação das ciências biológicas e médicas no processo da patologização é representada pelo conhecimento científico pautado no especialismo que por sua vez desencadeia a fragmentação do saber. Ao deixar de considerar aspectos fundamentais sobre a realidade da vida cotidiana desta criança, a análise, neste processo, mostra-se reducionista e no mínimo irresponsável. Como afirma Morin,

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar, fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. Uma inteligência incapaz de perceber o contexto e o complexo planetário fica cega, inconsciente e irresponsável (MORIN, 2004, p. 14).

Se para Santos (1988) a crise do paradigma pode ser superado através de um saber que ao invés de separar supera (a dicotomia), Morin (2004) na mesma linha de superação, adverte para a necessidade de um saber articulado que busque, na complexidade, a superação do saber que, ao fragmentar, cega as possibilidades.

Assim, torna-se necessário repensar os conhecimentos e posicionamentos pertinentes a tal problemática e propor reconstruí-los de modo interdisciplinar, planetário, rumando-se encontrar na complexidade a compreensão da realidade dessas crianças, de maneira a oportunizar o verdadeiro cuidado. Do contrário, continuaremos míopes enxergando parte de um todo que não é visto.

3.3 O CONHECIMENTO

-O que fazes com essas estrelas?

- [...]Nada, eu as possuo. [...] - São minhas, porque pensei nisto primeiro [...] Quando tens uma ideia primeiro, tu registras: ela é tua. Portanto, eu possuo as estrelas, pois ninguém antes de mim teve a ideia de as possuir. - [...] escrevo num papel pequeno o número das minhas estrelas. Depois tranco o papel à chave numa gaveta.

(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.43-47)

Através de fragmentos do encontro do pequeno príncipe com o “homem de

negócios” exposto acima, o qual nos remete a importância do conhecimento ser compartilhado, neste capítulo, busca-se apresentar a interdisciplinaridade quanto referencia para a troca de saberes.

Ao compreender temáticas como interdisciplinaridade, saberes profissionais e prática do cuidado, entende-se que antes de se supor diagnósticos de transtornos mentais, as crianças deveriam ter a oportunidade de serem vistas por profissionais com um olhar ampliado para o contexto de sua vida.

De acordo com Morin, “o desenvolvimento da inteligência geral requer que seu exercício seja ligado a dúvidas, fermento de toda atividade crítica”(2004, p. 22). Todavia, dentro dos “especialismos”, as “certezas” são carregadas de pré-julgamentos dos quais impossibilitam de enxergar a realidade rica em seus detalhes. Quantos diante de uma dúvida buscam logo explicá-la? Ao explicar corre-se o risco de não enxergar, pois um olhar não observador, mas apenas explicativo, ignora o conhecimento da realidade.

Quando se entra em uma escola, o que se percebe são professores em busca de respostas. Faz-se necessário, então, um cuidado em não cair na armadilha de automaticamente recorrer às teorias a fim de fornecer uma explicação, sem observar e compreender a criança, ignorando, assim, sua subjetividade (TEIXEIRA; TASSA, 2014). Morin (2004) ressalta que explicar não basta para compreender, pois explicar é utilizar todos os meios objetivos de conhecimento, que são, porém, insuficientes para compreender o ser subjetivo.

Torna-se imprescindível um olhar observador, disposto a “ver” o que se mostra, partindo da ideia de que a interdisciplinaridade dispõe-se através da troca de conhecimento de maneira aberta para a busca de novos conhecimentos, bem como para a realidade que se apresenta. Fazenda (2006, p. 9) evidencia que “[...] a interdisciplinaridade consolida-se na ousadia da busca, de uma busca que é sempre pergunta, ou melhor, pesquisa”. Ao considerar o conhecimento enquanto um modo de agir, e que vai além do convencional, através de uma postura especial frente ao conhecimento, Fazenda complementa,

Entendemos por atitude interdisciplinar, uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de

desafio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, de vida (FAZENDA, 1994, p. 82).

Diante da crítica que Morin (2004, p. 20) faz em relação à fragmentação na produção do conhecimento, seria necessária uma reforma do pensamento a fim de fazer ligação entre as dissociações do saber, pois, “trata-se de uma reforma não programática, mas paradigmática, concernente a nossa aptidão para organizar o conhecimento”. Segundo o autor, torna-se necessário nos tempos atuais que a proposta de uma mudança no ensino permita um pensamento reformador, focado na contextualização e no encontro dos saberes.

Nesse contexto de organização do conhecimento, Morin (2004) apresenta a educação como capaz de oportunizar a construção do saber através do desenvolvimento da aptidão para contextualizar e globalizar uma educação voltada para o enfrentamento dos desafios e complexidades da vida cotidiana. Enfrentar estes desafios é uma abertura para o conhecimento.

Algumas questões para reflexão são importantes na relação de produção do conhecimento e intervenção profissional. São elas: 1) Como lidamos com a incerteza? 2) O que fazemos com o sofrimento do outro: buscamos compreendê-lo ou tentamos sufocá-lo até que ele desapareça com o recurso de uma “pílula mágica” ou com um código diagnóstico? Como se sofrimento, não fizesse parte do ser humano. Diante dessas questões, o autor nos apresenta a resposta ao ressaltar que a compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias.

Há um conhecimento que é compreensível e está fundado sobre a comunicação e a empatia – simpatia, mesmo – intersubjetivas. -- Assim, compreendo as lágrimas, o sorriso, o riso, o medo, a cólera, ao ver o ego alter como alter ego, por minha capacidade de experimentar os mesmos sentimentos que ele. A partir daí, compreender comporta um processo de identificação e de projeção de sujeito a sujeito. Se vejo uma criança em prantos, vou compreendê-la não pela medição do grau de salinidade de suas lágrimas, mas por identificá-la comigo e identificar-me com ela. A compreensão, sempre intersubjetiva, necessita de abertura e generosidade (MORIN, 2004, p. 93).

Enfrentar a dificuldade da compreensão humana exigiria um recurso não em ensinamentos separados, mas em uma pedagogia conjunta que agrupasse filósofo,

psicólogo, sociólogo, historiador, escritor, e que seria, por sua vez, conjugada a uma iniciação à lucidez (MORIN, 2004). Neste sentido, é no trabalho em rede que se mostra a oportunidade da prática interdisciplinar efetivamente acontecer, uma vez que profissionais de diversas áreas poderiam, a partir de uma incerteza e complexidade de um caso, dialogar, organizar os conhecimentos e, ao contextualizá-lo, buscar compreender a subjetividade da criança que se apresenta.

É preciso aprender a enxergar; é preciso aprender a compreender; é necessário repensar. A visão interdisciplinar e os trabalhos em rede mostram-se como hastes do caminho para o cuidado. A troca de experiências entre profissionais, a articulação com outros segmentos pertencentes ao sistema e a intersectorialização fazem da complexidade a oportunidade para o conhecimento da realidade das crianças com necessidades específicas, faz também do sofrimento e da superação um meio de combinação de estratégias e ações distintas.

Aprender a ler a realidade tem em seu objetivo o ensinamento da observação, da compreensão e também da prática. O profissional, que ao aceitar enfrentar os desafios, complexidades e incertezas através da contextualização e saber sugerido por Morin (2004), estará possibilitando às crianças atendidas não apenas a prevenção de riscos psíquicos, mas também a promoção da saúde.

Isso indica que um modo de pensar, capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados, é capaz de se desdobrar em uma ética da união e da solidariedade entre humanos. Um pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos, estaria apto a favorecer o senso da responsabilidade e o da cidadania. A reforma de pensamento teria, pois, consequências existenciais, éticas e cívicas (MORIN, 2004, p. 97).

A interdisciplinaridade nos possibilita repensar a prática, nos propõe a aprender, a questionar, não com o simples objetivo de criticar, mas nos mostra que é necessário uma constante reflexão. Neste sentido, Morin (2004, p.101) aponta que “o ensino deve voltar a ser não apenas uma função, uma especialização, uma profissão, mas também uma tarefa de saúde pública: uma missão”.

A fragmentação do saber em uma rede que não dialoga é uma realidade. Entretanto, quando há a articulação entre os serviços, a troca de conhecimentos entre os profissionais envolvidos com a criança poderia diminuir consideravelmente o número de crianças medicalizadas, encaminhadas em sua maioria por instituições de ensino. Nesse sentido, a riqueza da troca de saberes mostra-se como

contribuições fundamentais para os professores, a fim de que compreendam aquela criança que apresenta dificuldades em seu desempenho escolar, e desta forma, compreendam que as possibilidades não se encontram apenas em uma “pílula mágica” (TEIXEIRA; TASSA, 2014; CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015), mas na troca entre conhecimentos por profissionais do cuidado. Quando o olhar não dispõe-se a enxergar o todo, a avaliação que deveria ser cautelosa pode ser desastrosa.

Ao compreender temáticas como interdisciplinaridade, saberes profissionais e prática do cuidado, entende-se que antes de se supor diagnósticos de transtornos mentais, as crianças tivessem a oportunidade de serem vistas por profissionais com um olhar ampliado para o contexto de sua vida. Dessa maneira, contribuir-se-ia para a promoção da saúde mental e se evitaria a reprodução da patologização.

O trabalho em rede, por sua vez, mostra-se ponto de referência para a produção de diálogo e troca de saberes. Mas, para que essa mudança de prática ocorra, é necessária uma mudança de paradigma. Assim, é cabível dizer que urge se permitir ao novo: “Procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram, e raspar a tinta com que me pintaram os sentidos, desencaixotar minhas emoções verdadeiras, desembrulhar-me, e ser eu” (ALVES, 1994, p. 29).

3.4 CUIDAR EM REDE: INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

*As estrelas são todas iluminadas, será para que cada pessoa possa um dia encontrar a sua?
(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.58).*

Neste momento a relação que se faz com o fragmento do texto de Antoine de Saint-Exupéry é com as políticas públicas enquanto guia de orientação para que cada serviço possa traçar o percurso na prática profissional.

Após refletir acerca da necessidade de repensar a prática profissional, pretende-se apresentar neste capítulo alguns princípios norteadores para a prática do cuidado à criança e ao adolescente na área da Saúde, Educação e Assistência Social. Ressalta-se que diante de uma formação que se fragmenta, em que as áreas são desmembradas (como no caso da Psicologia em que as áreas são divididas em

clínica, escolar e organizacional), pensar na aproximação entre saúde e outras áreas do conhecimento é uma necessidade inadiável a qualquer profissional que se proponha a uma prática de cuidado responsável (MORIN, 2004). Neste caso, desvencilhar-se da segurança e do certo comodismo proporcionado pela parcelização do cuidado mostra-se um desafio diante dos impedimentos que surgem de forma a contribuir para a fragmentação do saber.

Busca-se neste capítulo apresentar algumas legislações que regem a prática do cuidado em rede. No entanto, acredita-se que ao longo do percurso surja a necessidade de se tratar do conhecimento sobre outras normas, portarias, etc., que venham a contribuir para a discussão e que serão acrescentadas posteriormente no capítulo métodos e ou discussões. Além disso, a fim de refletir acerca das potencialidades e dificuldades dos programas e serviços vinculados à rede de atendimento, contextualiza-se o cuidado à criança e ao adolescente, as dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento, com as políticas públicas na comunidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e o trabalho em redes.

A interdisciplinaridade, entendida no campo das políticas públicas, será denominada de intersetorialidade. Inojosa afirma ser essa “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p. 105). No que se refere à intersetorialidade, essa é apontada como possibilidade de superação de práticas fragmentárias. Contudo, a autora reconhece que “[...] as práticas intersetoriais ainda figuram como processos inovadores experimentais” (TUMELERO, 2014, p.1).

As práticas intersetoriais, como ações governamentais integradas a fim de assegurar direitos às pessoas, são indicadas pela Constituição Federal (1988) conforme apontado por diversos autores como Tumelero (2014), Monnerat e Souza (2011), Lopes (2013), Rede Nacional Primeira Infância (2015). Desde então, os diversos setores e divisões públicas vêm remodelando seus serviços a fim de consolidar o trabalho intersetorial. Neste sentido, cabe ressaltar a declaração a respeito da criança, do adolescente, do jovem e do idoso, no capítulo VII do artigo 227 da Constituição Federal de 1988:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura,

à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 126).

Conforme parágrafo 227, a constituição de 1988 contribuiu para a criação de “[...] leis e ações setoriais de educação, saúde, assistência social, direitos humanos e leis sobre itens pontuais” (RPNI, 2015, p. 8).

Neste sentido de cuidado, também foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, sendo que sua criação regulamenta o direito da criança e do adolescente quando, dentre outras ações, preconiza a promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de programas e a elaboração de planos de atuação conjunta (ECA, 1990).

No que se refere à área da Educação, cita-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN, 1996) como documento norteador. Ressalta-se a Seção II referente às questões “Da Educação Infantil”, afirmando no artigo 29 que: a educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

Quanto ao ensino fundamental e médio, as diretrizes vêm aprimorando e consolidando a primeira etapa, sendo que o aspecto de subjetividade, relação com a comunidade, cultura, trabalho, além de aspectos de integralidade são citados em seus princípios, o que possibilita a compreensão da necessidade de atenção em sua totalidade.

Neste mesmo sentido de cuidado integral, na área da saúde conforme a Lei nº. 8.080/90, Capítulo II, Art. 7º, é citado que um dos princípios e diretrizes é a integralidade.

Embora previsto na Constituição de 1988, em seu artigo 198, o SUS só foi regulamentado através da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, junto à Lei nº. 8.142 e são denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS). O histórico sobre a saúde no Brasil é rico em informações, no entanto, não o desconsiderando, mas direcionando para a discussão sobre a atenção à criança na atualidade, e a fim de melhor contextualizar com a realidade de onde se dará esta pesquisa, ou seja, em um município de pequeno porte, do qual o serviço de saúde mental é realizado na

atenção básica, o referencial volta-se para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2013b).

Buscando consolidar um cuidado ao indivíduo, enquanto ser singular e sociocultural, a PNAB volta-se ao cuidado integral, como segue a descrição:

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013, p. 49).

Conforme descrição, saúde não se restringe a uma visão higienista, biologizante, mas que amplia o olhar ao usuário e o seu contexto de inserção, com articulação de estratégias de cuidado por diversos equipamentos da comunidade. Ao considerar estes pontos de atenção como espaço de vida do usuário, é possibilitado “[...] aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida” (BRASIL, 2013, p. 28).

Atentar para o contexto histórico cultural torna-se um fato de extrema importância para o movimento da despatologização. Esse não é apenas um desafio aos profissionais, mas, contrário à produção de patologias, colabora para a promoção e produção da saúde como descrita na citação abaixo:

[...] a implantação do SUS exige uma ressignificação na forma como os trabalhadores e gestores concebem o processo saúde-doença. É preciso considerar as implicações socioculturais, econômicas e políticas que fazem desse processo um fenômeno multi determinado. Essa proposta deve subverter a lógica fundante da concepção biomédica, pois somente na radicalidade de um discurso claramente disruptivo torna-se factível a elaboração de um novo olhar sobre a produção de saúde (LOPES, 2013, p. 67).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, voltado à saúde mental, é constante os encaminhamentos feitos por pais e professores à atenção básica, de crianças com “[...] queixas que podem estar relacionada a questões de saúde mental para atendimento na atenção básica de saúde” (BRASIL, 2013, p.102).

Seguindo o modelo de base comunitária, ao se pensar em como cuidar da criança com dificuldades, seja de qual ordem for, deve-se atentar sobre o fato de que “o território é o lugar psicossocial do sujeito, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância. Fora dele, o ato do cuidado é pura imposição e, frequentemente, gera fracasso e abandono” (BRASIL, 2013, p. 105).

Ao considerar que as crianças e adolescentes circulam por este território, sendo elas acompanhadas por diversos equipamentos, mostra-se necessário um trabalho operado em conjunto. Nota-se, portanto, a intersectorialidade como princípio importante no trabalho em saúde mental, e que deve orientar parcerias permanentes com todos os implicados. Desse modo, resgata-se, então, o princípio da corresponsabilização já citada anteriormente. Assim, a comunidade, escola, saúde e família, operando em conjunto formam uma “[...] rede pública ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes” (BRASIL, 2013b, p. 105).

Segundo orientações do Ministério da Saúde pode-se dizer que há implicação de um conjunto de fatores de risco que desencadeiam os problemas vivenciados por crianças e adolescentes, sejam eles de caráter social, psicológico e biológico, sendo, portanto, multifatorial. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interagem de forma dinâmica. Neste sentido, o Ministério da saúde reforça que o conhecimento desses fatores, tanto os de risco como os de proteção, permitem o desenvolvimento de estratégias e ações de prevenção e tratamento dos problemas de saúde mental. Diante do exposto, o quadro a seguir apresenta os “Fatores de risco e de proteção selecionados para saúde mental de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2013b, p. 107).

QUADRO 1 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO SELECIONADOS PARA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Social	a) Família	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidado parental inconsistente; – Discórdia familiar excessiva; – Morte ou ausência abrupta de membro da família; – Pais ou cuidadores com transtorno mental; – Violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Vínculos familiares fortes; – Oportunidades para envolvimento positivo na família.
	b) Escola	<ul style="list-style-type: none"> – Atraso escolar; – Falência das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado; – Provisão inadequada – inapropriada do que cabe ao mandato escolar; – Violência no ambiente escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> – Oportunidades de envolvimento na vida da escola; – Reforço positivo para conquistas acadêmicas -Identificação com a cultura da escola
	c) Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – Redes de sociabilidade frágeis; – Discriminação e marginalização; – Exposição à violência; – Falta de senso de pertencimento; – Condições socioeconômicas desfavoráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ligação forte com a comunidade; – Oportunidade para uso construtivo do lazer; – Experiências culturais positivas; – Gratificação por envolvimento na comunidade.
Domínio Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> – Temperamento difícil; – Dificuldades significativas de aprendizagem; – Abuso sexual, físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> – Habilidade de aprender com a experiência; – Boa auto-estima; – Habilidades sociais; – Capacidade para resolver problemas.
Domínio Biológico		<ul style="list-style-type: none"> – Anormalidades cromossômicas; – Exposição a substâncias tóxicas na gestação; – Trauma craniano; – Hipóxia ou outras complicações ao nascimento; – Doenças crônicas, em especial neurológicas e metabólicas; – Efeitos colaterais de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento físico apropriado à idade; – Boa saúde física; – Bom funcionamento intelectual.

Fonte: BRASIL (2013).

O Ministério da Saúde alerta para a tendência e risco de se focar nas questões biológicas como a resposta para as dificuldades apresentadas pela criança desencadeando um circuito de exames, ignorando o contexto e outros fatores corresponsáveis pela dificuldade apresentada. Atenta-se, portanto, pela necessidade de uma discussão cuidadosa do caso, e um olhar de uma maneira integrada para a interação dinâmica entre os fatores (BRASIL, 2013b).

Ao identificar no quadro que aspectos presentes no ambiente escolar podem ser tanto um fator de risco como protetivo para a criança e/ou adolescente, resgata-se outro princípio norteador do SUS: a autonomia citada também na Lei nº. 8.080/90, Capítulo II, art. 7º referente à “Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, enfatizada pela PNAB e pela política de saúde mental como sendo necessária a garantia deste direito com vistas à promoção de saúde mental. Faz-se a seguinte relação entre *autonomia* e os comportamentos tempestuosos relatados por professores de alunos que não se comportam na escola.

Segundo a PNAB, toda crise é um sintoma de que algo não vai bem, e que, portanto, não deve ser suprimida, mas sim acolhida, a fim de possibilitar a resolução do conflito. Essa recomendação vale para um surto psicótico e também para momentos de impulsividade, não considerando, nesse exemplo, impulsividade como sintoma de um transtorno, mas como um comportamento espontâneo da criança a uma reação, por exemplo, de indignação e emoção de raiva.

Quando a criança tem um comportamento exaltado, inadequado, por algo que a incomodou no ambiente escolar, ao invés de ser acolhida, a escola deixa de resolver um conflito em que poderia melhorar o contexto educacional, (TULESKI; CHAVES, 2011) e acaba delegando à criança a responsabilidade pela falta de algo que a própria escola não consegue identificar. Ao medicar a criança, ocorre que, além de não permitir resolver o problema, o que se produz na subjetividade desta criança é que ela tem problema, é doente (BRASIL, 2013b). Neste sentido, Moysés declarou sobre a importância de que “nós temos que transformar o que a criança faz em desenvolvimento, e não avaliá-la apenas a partir dos nossos padrões (Fórum Construindo Vidas Despatologizadas, Unicamp, 2014).

Ao considerar as crianças como seres em desenvolvimento, e, além disso, considerar as orientações da PNAB, orientado para a autonomia, cabe à escola, então, ajudar a criança a aprender a lidar com este sentimento e não somente encaminhá-la para a medicalização.

Aqui, faz-se uma ressalva sobre os encaminhamentos, para que eles não se dêem em forma de uma solução “mágica”, de resposta ao problema, uma vez que aqui não se entende que o encaminhamento da criança para o especialista medicar seja a resposta necessária para o “problema”. Nesse sentido,

A orientação atual é a de um encaminhamento implicado, em que aquele que encaminha se corresponsabiliza e participa ativamente de todo o processo de chegada do caso a seu novo destino. Mesmo depois disso, permanece atento e ativo no acompanhamento da situação (BRASIL, 2013, p. 105).

A fim de aproximar a saúde à educação com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, apresentado como um modelo de trabalho intersetorial e interdisciplinar ideal para estabelecer um espaço de discussão sobre os casos de dificuldade e aprendizado e comportamento (BRASÍLIA, 2015).

Entre os diversos componentes norteadores das práticas do Programa Saúde na Escola (BRASÍLIA, 2015) identifica-se a “Promoção da Saúde Mental” como uma das linhas de ações preconizadas através das seguintes ações:

- Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no território em articulação com o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do PSE;
- Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde;
- Criação de grupos entre pares para fomento da participação da infância, adolescência e juventude.

De acordo com as orientações gerais, o foco das ações de Saúde Mental no Programa Saúde na Escola está no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, alertando para que o entendimento de que a saúde mental, na escola, não seja voltado para “[...] o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem” (BRASÍLIA, 2015, p. 8).

No que se refere à Assistência Social, ela apresenta-se como norteadora do serviço à Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (Lei nº. 8.742 de 07/12/1993). No capítulo I, concernente à definição e objetivo, declara conforme art. 1º:

Art. 1º. A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas

No que se refere à proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, cita como uma das prioridades: a) A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011); b) O amparo às crianças e aos adolescentes carentes.

Ainda com relação à Assistência social, conta também com a tipificação Nacional dos Serviços Socio-Assistenciais aprovado por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, sendo essa uma normativa que padroniza em todo território nacional os serviços de proteção social básica e especial. Destaca-se dentre estes serviços o Serviço de Convivência prestado pelo Centro de Referência de Assistência Social que pode contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção a tarefas, visto que oferta atividades às crianças e aos adolescentes a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social (BRASIL, 2013).

Por fim, ressalta-se a Rede de Proteção da Criança e do Adolescente, preconizada pelo Ministério Público a fim de garantir o cumprimento do artigo 227 da Constituição Federal de 1988. Ao reconhecer que nenhuma organização social, nenhum órgão público e nenhuma das três esferas do governo têm condições de, “*per se*”, dar conta da tarefa, afirma ser necessária uma articulação entre diversas esferas existentes nos município para elaborar ações de cuidado a fim de garantir o cuidado integral previsto na lei acima referida. Neste sentido, de cuidado integral, Junqueira (1999) contribui com a ideia de visão integrada com o objetivo de atender a complexidade apresentada pela demanda no cuidado integral,

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 1999, p. 27).

Desta forma, o sentido de visão integrada à Rede Nacional de Proteção a Infância ressalta que o conjunto não é a soma das partes. Se não houver uma visão de totalidade, se não se perceber a interdependência das partes, até mesmo o objeto de nossa observação focal fica empobrecido, incompleto, fragmentado em nosso conhecimento (RNPI, 2015).

É possível observar através da apresentação das legislações que se compreende que “[...] no município, as crianças também podem ser – se já não são – o assunto mais importante. É a intersetorialidade a estratégia mais eficaz para atendê-las integralmente” (RNPI, 2015, p. 9).

No entanto, no que concerne à intersetorialidade, essa surge como princípio e estratégia de gestão adequada às políticas públicas de promoção e defesa de direitos. Entretanto, a efetiva implementação da intersetorialidade como estratégia de gestão depende ainda de muitos fatores, cuja análise, hoje, é um desafio (GARAIAU, 2013).

As legislações apresentam-se como norteadoras para uma prática do cuidado. Colocá-las em ação é um desafio apresentado a todo profissional desse ramo. Além disso, as legislações apresentam-se como norteadoras para que cada profissional possa encontrar o caminho para o cuidado.

3.5 AS LENTES SOBRE AS QUAIS OS OLHOS (NÃO) VÊEM

É tão misterioso o país das lágrimas!

(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.28)

Ao citar o “mistério do país das lágrimas” no fragmento acima, faz-se relação neste capítulo, com as ideologias presentes no processo de patologização, que passam despercebidas, ofuscadas aos olhos da sociedade.

A fim de sair da plateia que observa o espetáculo das produções de patologias e conhecer quais questões encontram-se atrás das cortinas, ou seja, o que realmente se espera com estes encaminhamentos, surgem vários questionamentos sobre o processo da patologização.

Conforme apontado por Meira (2012),

A constatação e análise crítica do aumento crescente do processo de medicalização da educação, bem como a identificação de suas manifestações contemporâneas são fundamentais, porém ainda insuficientes. É preciso ir além e compreender a que demandas sociais ela vem atender, desvelando tanto o processo de produção dos fenômenos do não aprender e não se comportar na escola, quanto os fatores que determinam sua identificação por profissionais da saúde e da educação como sintomas de doenças e transtornos (MEIRA, 2012, p.140).

Existem muitos casos em que a psicopatologia e questões de ordem psicossocial encontram-se em uma linha tênue, exigindo avaliação cuidadosa. Contudo, muitos encaminhamentos apresentam inconsistência (TEIXEIRA, TASSA, 2014).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde já atentava a um crescente aumento dos Transtornos Mentais. A disseminação desta informação colaborou para a publicidade da “venda de saúde”, observada nas redes sociais onde marcas de medicação atrelam seu uso ao bem estar. Tendo a mídia um papel efetivo na transmissão de informações, toma-se de exemplo um manual para profissionais da mídia referente à “prevenção de suicídios”, lançado pela Organização Mundial da Saúde (2000). Esse manual ressaltou a importância da mídia na questão da prevenção. A constatação da efetividade da disseminação e informações pela mídia mostra-se evidente também quanto a sua influência no processo de medicalização (LOPES, 2013; MEIRA, 2012) como formadora de opiniões através da venda de imagens. Assim, a mídia e a expansão das redes sociais atualmente mostram-se como veículos usados pelos laboratórios farmacêuticos com o objetivo de instalar no coletivo a ideia de que a saúde é encontrada em uma cápsula.

A Organização Mundial da Saúde (2001) faz a projeção de que nos próximos 20 anos a depressão será a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Atentando ao fato de que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida, será rara a família poupada de um encontro com transtornos mentais. Afirma ainda que hoje, “[...] cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento e cita ainda que os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo” (OMS, 2001, p. 2).

A OMS atrela o agravamento dos “problemas sociais e inquietação” ao principal aumento no número de “doentes” (OMS 2001). Assim, faz-se uma imediata correlação aos conflitos vivenciados na modernidade com o aumento das doenças mentais. Justificativa mais que perfeita para a apropriação dos laboratórios farmacêuticos, afinal, “se a Organização Mundial da Saúde alertou”... Assim, tendo sido “alertada” sobre os possíveis riscos, a sociedade tende a buscar recursos para evitar ou “tratar este mal”. Contudo, ao considerar que as doenças mentais e físicas são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001), algumas pessoas buscam na atividade física e na mudança de hábitos

a procura por uma melhor qualidade de vida, na promoção da saúde e mesmo na prevenção aos transtornos anunciados. Na contramão, envolvido no discurso provido pela ideologia medicalizante, uma boa parte da humanidade caminha às farmácias assim como para a terra prometida em busca do “pozinho de pirlimpimpim” que trará “vigor” e o bem estar prometido em anúncios publicitários conforme anunciado em alguns artigos (HEINECK,et.al.,1988; DANTAS, 2010).

Diante do exposto, nota-se a contraposição existente entre a patologia e a patologização, que como citado, encontram-se em muitos casos separadas por uma linha tênue exigindo do profissional uma sensibilidade ao dispor-se enxergar a criança que se apresenta a sua frente. Porém, a realidade que se mostra é o domínio da lógica saúde *versus* doença. Nesse caso, saúde tem sinônimo de *normalidade*, em que o diferente não se encaixa, e é foco da avaliação a ausência ou presença de sintomas patológicos. Assim, as crianças que apresentam dificuldades não são observadas em seu contexto, bem como não são aceitas enquanto diferentes, reproduzindo-se então o processo de patologização.

Buscando compreender o processo de patologização que se encontra ofuscada através da venda da ideia de medicação como saúde, foca-se no cuidado a partir de um olhar voltado para a compreensão de sua realidade. De acordo com Viéguas e Oliveira (2014, p. 55), “[...] há um forte jogo de interesses políticos e financeiros na manutenção dos diagnósticos e tratamentos e, por que não dizer, da própria sustentação da existência desses transtornos”, sendo os laboratórios farmacêuticos vistos como um dos pivôs desta manutenção conforme apontado por diversos profissionais que denunciam a patologização (VIÉGAS, OLIVEIRA, 2014, MOYSÉS; COLLARES, 2010; BRANT; CARVALHO, 2012; BENASAYAG; DUEÑAS, 2011).

No que se refere a essa epidemia de diagnósticos, Welch, Schwartz e Woloshin, (2007) afirmam que o que está deixando a população doente é a epidemia de diagnóstico e não as doenças, onde sensações físicas ou psicológicas desagradáveis são consideradas sintomas de doenças. A compreensão de tal realidade social torna possível o entendimento da produção de um conhecimento construído acerca de uma base capitalista que atende a ideologia medicalizante.

Na busca da compreensão do conhecimento que se origina na ideologia medicalizante e se faz presente no entendimento em que a grande massa tem sobre a medicação na modernidade, recorre-se a Marteleto et al. (2002). Os autores

afirmam que os conflitos organizados nas formas recentes de desenvolvimento do capitalismo se dão não mais simplesmente pelo controle da força de trabalho e pela transformação dos recursos naturais para o mercado, mas, conforme enfatiza Melucci citado por Marteleto (2002), o desenvolvimento capitalista atual “requer uma intervenção crescente nas relações sociais, nos sistemas simbólicos, na identidade individual e nas necessidades. As sociedades complexas não têm mais uma base ‘econômica’, elas produzem por uma integração crescente das estruturas econômicas, políticas e culturais. Os bens ‘materiais’ são produzidos e consumidos com a mediação de gigantescos sistemas informacionais e simbólicos.” A partir da contextualização de Melucci (1989, apud Martelleto, 2002) a respeito do discurso do processo de medicalização, entende-se que a produção do conhecimento transmitida pela mídia e pelo saber médico/especializado sobre a ideia de saúde enquanto ausência de doença, está embutido na ilusória mensagem passada de que certas medicações “previnem” doenças. Assim, a medicação é tida no imaginário das pessoas como algo milagroso que tem o poder de resposta para todos os males, sejam de ordem física, psicológica ou social. A causa perde a importância e objetiva-se o fim do sofrimento, ou mesmo das diferenças no caso das crianças com dificuldades.

Na lógica medicalizante, a disseminação de informações a respeito das doenças mentais vem tendo foco biologizante, contribuindo para o processo de medicalização e segue ainda a uma ideologia em que os gigantescos laboratórios manipulam o conhecimento. O impressionante é que esses já não se escondem mais atrás das cortinas; eles fazem-se presentes no palco, haja vista, as mensagens em redes sociais que atrelam imagens harmoniosas a algum tipo de medicação. Mas o seu papel na produção do conhecimento foi tão fortemente inserida, que as pessoas no seu cotidiano não percebem a influência destes sobre seu próprio pensamento.

Nesse sentido, Berger e Luckman (2004) corroboram na discussão quando apresentam a realidade como uma construção social onde o homem interage na vida cotidiana com outros. Dessa forma, a realidade apresenta-se ainda como um mundo intersubjetivo, isto é, um mundo em comum de significados partilhados. Assim, entende-se a compreensão do processo da medicalização, patologização como construída socialmente. Costa (2000, apud Marteleto, 2002) afirma que conhecimento é uma atividade não neutra do ponto de vista da proposta social que

se quer construir e que, por outro lado, conhecimento não é sinônimo de ciência, mas fruto de diversas formas e modos de produção dos saberes, onde o conhecimento científico é um entre muitos modos de conhecer.

Não sendo neutro, o conhecimento, científico ou não, é disseminado de acordo com um objetivo que nem sempre se encontra no palco das discussões, mas mantém-se atrás das cortinas que, de forma encoberta, faz-se presente em toda cena. Neste cenário da patologização, é importante ressaltar o que se fala acerca da industrialização da ciência: ela “[...] acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas” (SANTOS, 1988, p. 59). Logo, a ideologia medicalizante se estabelece e busca legitimar o saber médico desencadeando a biologização da vida.

Seguindo na busca da compreensão sobre a produção do conhecimento que contribui para o processo da medicalização, faz-se necessária uma reflexão sobre o que Santos (1988) propõe. Para ele, ao se contrapor a ciência do passado e a ciência do futuro, utilizando-se do termo pós-moderno, é possível compreender a dicotomia biológica, cultural. Entende-se que esta seja decorrente de uma ciência dominante, pela qual, por muito tempo, se manteve a distinção “natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoal” (SANTOS, 1988, p. 61).

Tal dicotomia desencadeou a crise do paradigma da ciência. Ao centralizar a biologia como fenômeno de resposta a toda e qualquer questão do ser humano, a medicina assume papel de indicador das patologias. Assim, a lógica saúde/doença estabelece as dificuldades inclusive no que se refere às escolares, consideradas no âmbito de um processo neuroquímico cerebral.

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico (GUARIDO, 2007, p.154).

Por sua vez, Santos (1988) indica a necessidade da aproximação do saber para com a humanidade, em um tempo de transição em que, a partir da caracterização da crise do paradigma dominante, enfatiza o perfil do paradigma

emergente como um conhecimento não dualista do qual tende a superar as distinções apresentadas pela ciência moderna. Ele conclui: “Em resumo, à medida que as ciências naturais se aproximam das ciências sociais estas aproximam-se das humanidades”(SANTOS, 1988, p. 63).

Assim, mostra-se necessário a compreensão a respeito da produção do conhecimento, que vem atender a ideologia medicalizante a qual busca patologizar o sofrimento e as dificuldades em prol do enriquecimento dos laboratórios, conforme aponta Guarido (2007). O ofuscamento dessa verdade traz a ilusória crença de que a medicação é a única forma de contribuição para uma vida saudável, de bem estar, sem a grande massa perceber que tal ideia enriquece e mantém o poder de poucos e mantém o processo de medicalização.

3.6 FLOR E ESPINHOS

-Não acredito! As flores são fracas. Elas são ingênuas. Defendem-se como podem. Elas se julgam terríveis com os seus espinhos...

(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.26)

A relação que se faz entre as flores fracas que julgam-se terríveis com seus espinhos, presente no fragmento do texto de Antoine de Saint-Exupéry, é com as crianças e adolescentes, aos quais deslocam-se as responsabilidades do não aprender, do não saber se comportar, que indefesos recai sobre eles o peso do diagnóstico, neste sentido, sua subjetividade é influenciada com o código da doença.

Em uma entrevista ao Portal UNICAMP, a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés (2014) afirma que as crianças que estão sendo medicadas são as “questionadoras (que não se submetem facilmente às regras) e aquelas que sonham, têm fantasias, utopias e que ‘viajam’.” Neste sentido, enquanto adultos, ressalta Moysés, “estamos dificultando, senão impedindo, a construção de futuros diferentes e mundos diferentes. E isso é terrível” (MOYSÉS, 2014). Como cita Antoine de Saint-Exupéry (2015, p.5), em seu livro “O Pequeno Príncipe”, “[...] as pessoas grandes são muito esquisitas”, elas simplesmente esquecem que “Todas as pessoas grandes um dia foram crianças”. Neste sentido, há necessidade, segundo o

escritor Rubens Alves (2004), de que esses voltem a fazer as perguntas que faziam enquanto criança para poderem compreender os “pequeninos” e, quem sabe assim, os adultos compreenderiam, aceitariam mais as crianças.

A fim de refletir sobre a participação dos profissionais que compõem a rede de (des)cuidado, percebe-se que os encaminhamentos são feitos, em sua maioria, por profissionais angustiados em busca de uma resposta. “Procura-se” a identificação da “dificuldade” geralmente de base neurológica. Desta forma, origina-se o encaminhamento do escolar para a avaliação sem perceber que, ao não compreender a “diferença”, busca-se nos padrões de normalidade, no caso de anormalidade, sintomas que correspondam a um diagnóstico para a criança. Neste processo, o profissional contribui para a patologização, visto que, o que se mostra são atendimentos psiquiátricos e neurológicos realizados em poucos minutos, que permitem questionamentos quanto à contextualização das informações necessárias para uma avaliação cautelosa.

No Fórum Construindo Vidas Despatologizadas, realizado na UNICAMP em outubro de 2014, uma das conclusões da mesa composta pelo psiquiatra Rossano de Cabral Lima, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés, professora da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, foi de que “[...] a necessidade de definir um padrão de ‘normalidade’, limitador e que não contemple a diversidade decorrente de vivências e históricos de vida na infância, está fazendo com que os reais problemas afetivos e pedagógicos que atingem as crianças sejam ignorados e substituídos por diagnósticos de transtornos de ordens diversas” (LIMA, 2014). Moysés afirma ainda que “A dificuldade de aprendizagem é uma característica natural do ser humano que está sendo transformada em patologia na infância e tem levado a um excessivo processo de medicalização” (MOYSÉS, 2014).

Algumas questões para reflexão são importantes na relação produção do conhecimento e intervenção profissional, sendo que uma delas é sobre o quanto o professor influencia na subjetividade da criança envolvida no processo de patologização. A fim de compreender as configurações subjetivas envolvidas no processo de patologização, Rossato e Martínez (2013) contribuem com esta compreensão em um estudo onde analisaram como ocorre o movimento da subjetividade no processo de superação das dificuldades de aprendizagem escolar. Tendo como base a Teoria da Subjetividade desenvolvida por González Rey (2003),

As configurações subjetivas são formas complexas de organização dos sentidos subjetivos produzidos nos processos de subjetivação individual e social, tendo caráter organizador e, ao mesmo tempo, gerador dos sentidos subjetivos, que são produções dos sujeitos resultantes dos desdobramentos simbólico-emocionais produzidos em nível individual, mas também pelas unidades sociais que atuam nos espaços da subjetividade social (GONZÁLES REY, 2003, p. 75).

Ao se estimar visualizar a interação de alunos que apresentam dificuldades com os outros e com o mundo, as autoras seguiram uma teoria que se opõem ao reducionismo da ciência. Teoria da qual Gonzáles Rey (2005) cita quando argumenta sobre a subjetividade em sua condição ontológica:

O desafio de se apresentar a psique a partir de uma visão cultural, despojando-a do caráter determinista e essencialista que acompanhou a maioria das teorias psicológicas, conduz a uma representação da psique em uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico ao qual temos optado pelo conceito de subjetividade (GONZÁLES REY, 2005, p. 75).

As pesquisadoras concluíram que a produção de novos sentidos subjetivos, tomada na centralidade do processo de desenvolvimento da subjetividade, apresenta-se como uma possibilidade de rompimento com o determinismo humano e com a personalidade fixa. Quanto às dificuldades de aprendizagem, concluíram que elas ocorrem a partir da negação do sujeito do aprender e da ausência de condições que favoreçam a produção de sentidos subjetivos capazes de promover a aprendizagem escolar a partir da existência de configurações subjetivas geradoras de danos que comprometem a produção de sentidos subjetivos favoráveis ao aprender escolar.

O que se pode compreender com o estudo de Rossato e Martínez (2013) é o quanto a escola pode ser responsável tanto pelo processo de dificuldade de aprendizagem, pela patologização, quanto pela superação das dificuldades diante da postura frente às crianças que, indefesas, tendem a acreditar nas palavras de seus mestres, internalizando os conceitos que lhe são impostos e assim cristalizando crenças de que são ruins, burras ou malvadas. No entanto, o contrário também pode ser obtido, e a superação das dificuldades mostra-se possível através do modo como estas crianças são “designadas” e “tratadas” pelos adultos.

Sabe-se que grande parte dos encaminhamentos para avaliação psicológica tem origem no ambiente escolar, por isso, autores ressaltam haver desresponsabilização por parte da escola quando as crianças são “encaminhadas” para o “diagnóstico”. Nesse sentido, a pedagoga Maria Teresa Esteban, professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF), no Fórum Construindo Vidas Despatologizadas, (ESTEBAN, 2014), destaca que há um modelo de educação em que muitas crianças são invisibilizadas e “deixam de existir” por não corresponderem ao padrão estabelecido.

A fim de atentar quanto à necessidade das responsabilidades da escola neste processo, Spazziani e Colares (2011) sugerem que o contexto escolar seja recodificado e entendido como um espaço dialético entre o conhecimento produzido nas academias e as inúmeras intercorrências que caracterizam o processo pedagógico. Para as autoras, o ambiente sociocultural da escola interfere facilitando ou dificultando o processo. Assim, a escola, empoderando-se do processo de escolarização, enquanto produção de conhecimento, através do processo de ensino aprendizagem e como espaço sócio cultural, conforme sugere Dayrell (1999), estaria contribuindo para a produção de um novo olhar das escolas sobre as crianças que não aprendem, assumindo a escola seu papel de educadora,

Um aspecto que chama a atenção são os papéis de aluno e de professor. Esses papéis não são dados, mas sim construídos, nas relações no interior da escola, onde a sala de aula aparece como o espaço privilegiado. Na construção do papel de aluno, entra em jogo a identidade que cada um veio construindo, até aquele momento, em diálogo com a tradição familiar, em relação com escola, e com suas experiências pessoais em escolas anteriores. É um diálogo com estereótipos socialmente criados, que terminam por cristalizar modelos de comportamento, com os quais os alunos passam a se identificar, com maior ou menor proximidade: o "bom aluno"; o "mau aluno", o "doidão"; o "bagunceiro"; o "tímido", o "esforçado". Concorre para essa escolha a tradição que a própria escola, e seus professores, mantêm, relacionada com uma concepção de aluno, naquele espaço. Em cada situação, a turma vai lançando mão desses elementos do imaginário escolar e os re-elabora a partir da situação específica de cada um. A construção do papel desses jovens, como alunos, vai se dando, assim, na concretude das relações vivenciadas, com ênfase na relação com os professores. É esse mesmo entrecruzamento de modelos que constrói os diferentes "tipos" de professores e demais sujeitos da escola (DAYRELL, 1999, p. 12).

Segundo o autor, a auto imagem influencia no desempenho do escolar, tanto no que se refere ao ensino aprendizagem, quanto em suas relações sociais. Assim, uma criança rotulada com atributos negativos tende a ser um jovem com sua

subjetividade inferiorizada. Para o autor “[...] existe uma dimensão educativa nas relações sociais vivenciadas no interior da instituição a qual produz subjetividade” (DAYRELL, 1999, p. 12-13). Desta forma, mostra-se necessária reflexão por parte dos educadores quanto à influência que os estereótipos exercem sobre a vida de cada criança (DAYRELL, 1999).

Ao tomar consciência da escola enquanto espaço de vida dos alunos, essa pode fazer auto avaliação de seu papel enquanto educadora a fim de evitar que as crianças e seus processos neuroquímicos ou biológicos sejam tomados como únicos responsáveis pelas dificuldades apresentadas neste ambiente de aprendizagem. Necessário se torna refletir inclusive sobre a necessidade de aceitar a diversidade e conceber as dificuldades como processo natural do ser humano.

É comum relacionar a profissão de professores à arte de jardinar (TUNES, TACCA, JÚNIOR, 2005). É cabível, dessa maneira, refletir sobre essa prática a partir do diálogo do pequeno príncipe com o geógrafo, ao falar sobre as flores,

- Mas nós não anotamos as flores - disse o geógrafo. - Porque não? É o mais bonito! - Porque as flores são efêmeras. - Que quer dizer efêmera? [...] - Quer dizer “ameaçada de desaparecer brevemente”. - Minha flor está ameaçada de desaparecer brevemente? - Sem dúvida. - “Minha flor é efêmera”, pensou ele, “e ela não tem mais que quatro espinhos para defender-se do mundo! E eu a deixei sozinha!” (SAINT-EXUPÉRY, 2015, p.53-54).

A partir do excerto, faz-se a seguinte pergunta: Como estamos cuidando dos nossos pequeninos; cuidamos ou (des) cuidamos?

Havendo, no entanto, a importância de se considerar as condições reais para que o professor possa exercer de modo eficaz o papel de cuidador. O que se pretende ressaltar é a compreensão da pesquisadora quanto os desafios atuais do professor se fazer cuidador no sentido empregado neste estudo, considerando, a atual conjuntura do sistema educacional e as más condições a que este encontra-se exposto nos enfrentamentos do dia a dia na escola, em que ofertar educação de qualidade não parece a prioridade de quem faz as políticas, cabendo ao professor os embates da luta por uma educação digna mas, da qual não encontra-se empoderado para ofertá-la. A atribuição do termo Cuidado, mantém-se ao sentido a que esta pesquisa se dirige, não tendo o propósito nesta pesquisa de diferenciar educador de cuidador, pois, não será discutido nesta pesquisa a diferença destes,

visto que até o momento tem se trabalhado com os dois termos no mesmo sentido “cuidado”, este definido no início da pesquisa.

No próximo item Rubem Alves (2004) vem enriquecer esta reflexão com seus apontamentos sobre a relação professor-aluno e suas decorrências.

3.7 A FLOR, OS ESPINHOS E OS LAÇOS

Que quer dizer “cativar”?

-É uma coisa muito esquecida – disse a raposa.

-Significa “criar laços...”

(Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.65)

Neste capítulo, faz-se relação com a importância de se estabelecer um laço afetivo com a criança, acolhendo-a, escutando, aceitando-a como ela é, constituindo de fato a relação de cuidado.

Dayrell (1999) ressalta a importância de criar laços de afeto entre professores e alunos a fim de que os alunos gostem de estar na escola, possibilitando a motivação para a aprendizagem através do sentimento de pertencer à escola. Quanto à escola, cabe a essa ser um espaço de convívio social, acolhedora e transformadora na vida de cada aluno, levando em consideração a singularidade de cada um deles. Além disso, claramente, a aceitação das diversidades apresentada pelo coletivo, se respeitadas como tal, enriquece as relações produzidas no cotidiano escolar. Ao atentar sobre a importância do afeto na aprendizagem, Rubem Alves aponta que “toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva” (ALVES, 2004, p. 20).

Neste contexto, cabe ao professor provocar a atenção de cada aluno, pois “para as crianças o mundo é um vasto parque de diversões. As coisas são fascinantes, provocações ao olhar. Cada coisa é um convite” (ALVES, 2004, p. 10). Ele ainda acrescenta,

Há muita sabedoria pedagógica nos ditos populares. Como naquele que diz: “É fácil levar a égua até o meio do ribeirão. O difícil é convencer ela a beber a água...”. De fato: se a égua não estiver com sede, ela não beberá água por mais que o seu dono a surre... Mas, se estiver com sede, ela, por vontade própria, tomará a iniciativa de ir até o ribeirão. Aplicado à

educação: “É fácil obrigar o aluno a ir à escola. O difícil é convencê-lo a aprender aquilo que ele não quer aprender” (ALVES, 2004, p. 11).

O autor referido, com o intuito de provocar reflexões quanto a (des) motivação dos escolares, remete para a necessidade dos educadores reconhecerem seus alunos enquanto seres carregados de emoções das quais devem ser levadas em consideração nas estratégias de motivar a aprender.

Ah, é importante nunca se esquecer disso: alunos não são unidades biopsicológicas móveis sobre os quais devem-se gravar os mesmos saberes, não importando que sejam meninos nas praias do Nordeste, nas montanhas de Minas, às margens do Amazonas, ou nas favelas do Rio. Os alunos são crianças de carne e osso que sofrem, riem, gostam de brincar, têm o direito de ter alegrias no presente, e não vão à escola para serem transformados em unidades produtivas no futuro. E é essa ausência desse aluno de carne e osso que está progressivamente marcando os universos que giram em torno da escola (ALVES, 2004, p. 7).

Aceitar o aluno e suas diferenças e assumir a responsabilidade em cativá-lo são elementos chave para uma educação despatologizante. Uma escola disposta a criar laços afetivos é uma escola transformadora, humanizante porque respeita as singularidades e as transforma. Nesse âmbito, Alves ressalta que “Quando o mestre assume esta responsabilidade ele influencia na produção positiva da subjetividade de cada criança que estabelece relação de afeto como, favorecendo a abertura para a aprendizagem como refere” (ALVES, 2004, p. 35).

Rubem Alves, autor que nos entorpece com a arte de ensinar com o coração, retira do aluno a total responsabilidade pelo aprender e a compartilha com o educador. No entanto, no processo de patologização, sabe-se que não apenas o aluno, não apenas o educador, mas todo o sistema educacional, desde as políticas públicas, se encontra envolvidos. No entanto, respeitando as descobertas ao longo do processo da pesquisa, se esclarece que este estudo, do início até o final da revisão bibliográfica focou-se na relação professor-aluno, após as discussões emergidas no campo e uma segunda revisão bibliográfica atentou-se para a compreensão do sistema educacional como contribuinte no processo de patologização. Neste sentido, no capítulo discussões será retomado a discussão pelo viés da falta de suporte que os professores encontram-se, em que a falta de recursos físicos, de remuneração insuficiente e recursos humanos também insuficientes frente à demanda colaboram para um sistema de educacional de má qualidade e conseqüente exclusão disfarçada de inclusão escolar, pensamento este

que foi sendo construído e compreendido pela pesquisadora a medida que após a fase exploratória e após uma segunda revisão de literatura foi sendo formada. Portanto, é tema de discussão dos resultados.

Quanto aos mestres, destaca-se que “quando se admira um mestre, o coração dá ordens à inteligência para aprender as coisas que o mestre sabe. Saber o que ele sabe passa a ser uma forma de estar com ele. Aprendo porque amo, aprendo porque admiro” (ALVES, 2004, p. 35).

Renova-se, assim, o convite a refletir sobre a prática do cuidador, considerando a influência que ela exerce sobre a construção da identidade da criança. E, assim, acontece o desabrochar da subjetividade e da aprendizagem. “Como és bonita!- É verdade – respondeu a flor docemente. E eu nasci ao mesmo tempo que o sol” (SAINT-EXUPÉRY,2015, p.29).

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa participante. Optou-se por esse tipo de metodologia pelo fato de a problematização em questão surgir das dificuldades encontradas no dia a dia da pesquisadora, em seu local de trabalho que se dá a partir de práticas em saúde mental em uma Unidade de Saúde de um município de pequeno porte. Segundo Minayo (2011), nada pode ser considerado um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.

Tendo a problemática surgida dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), ela é compreendida como sendo de ordem social. Para Minayo (2004), a saúde não institui nenhuma disciplina nem campo separado das outras instâncias da realidade social. Sendo assim, a problemática metodológica, está, segundo Minayo, submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, e interrogações e perspectiva de totalidade sociológica da qual faz parte. Totalidade condizente com o referencial teórico pautado na interdisciplinaridade da qual este trabalho tem se enfatizado a fim de compreender a complexidade que se apresenta no âmbito do trabalho realizado. Como sugere a autora acerca da pesquisa em saúde:

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde-doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde. Dentro deste caráter está a sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimento distinto e integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (MINAYO, 2004, p.13).

Para Minayo (2004), a questão da saúde envolve questões da realidade empírica. Assim, a pesquisa qualitativa possibilita o conhecimento e compreensão de aspectos subjetivos através do diálogo do pesquisador com a realidade, atendendo ao que Minayo define como pesquisa: “[...] atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade” (1993, p. 16).

É diante do conceito de intervenção como compreensão e construção da realidade que se optou pela pesquisa participante. Além disso, atenta-se para o fato de se estar propondo uma análise a partir dos encaminhamentos de crianças para atendimento clínico a fim de compreender o processo de patologização através da observação do cenário que compõe a prática do cuidado, bem como das relações e representações que se estabelecem entre os profissionais envolvidos nesta rede.

No sentido de corresponder ao objetivo traçado, da qual demanda conhecimento sobre a realidade da prática cotidiana de profissionais que atuam no território, levando em consideração que este estudo pretende elucidar a compreensão sobre a medicalização, tendo enfatizado no referencial teórico a importância do olhar estendido ao contexto para uma prática de cuidado eficiente, optou-se pela abordagem hermenêutica dialética como método para análise dos dados. Minayo (2004 p.218) define hermenêutica e a dialética como a “capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico e de compreensão da comunicação”.

Ao entrelaçar a técnica do grupo focal com o método da Hermenêutica dialética, acredita-se que a pesquisadora foi capaz de ter se aproximado da realidade até então ofuscada pelas complexidades que as permeiam. Assim, com o uso da técnica de grupo focal, foi possibilitado o encontro entre diversas profissões, colocando em discussão a perspectiva de diversas disciplinas de forma a

transcender as fronteiras dos diversos saberes. Isso tudo, a fim de compreender o fenômeno da patologização de modo a superar os limites expostos entre as secretarias que se mostram isoladas. Buscou-se, ainda, corresponder o caráter interdisciplinar que também foi enfatizado no referencial teórico desta pesquisa.

A fim de corresponder à proposta metodológica, serão apresentadas no próximo capítulo algumas informações sobre o território, bem como a problematização e as motivações para a realização da pesquisa.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E SUA PROBLEMATIZAÇÃO

4.2.1 Do território e sua problemática

O município de Mallet possui uma população estimada em 13.567 (IBGE 2015). Atualmente, a maioria da população é atendida pela atenção básica – Estratégia Saúde da Família. O município está comprometido com as ações do pacto de gestão que priorizam a descentralização e municipalização dos serviços e faz parte da 4ª regional de saúde.

Mallet apresenta altos índices de sofrimento psíquico, especialmente no que tange à dependência de álcool. Atualmente, encontram-se cadastrados no programa de saúde mental, 1300 pessoas que fazem uso de medicações como benzodiazepínicos e antidepressivos. Contudo, não foram registradas as crianças e adolescentes que são acompanhados pelo programa com consultas individuais (atendimento clínico), visto que o cadastro contempla usuários de medicação psicotrópica controlada.

A atenção dedicada a esse segmento da população, até 2012, vinha centrando suas ações preponderantemente na consulta médica, na distribuição de medicamentos e nos casos de adultos com transtornos mentais, em internação, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Mallet. Com a contratação de um psicólogo, sendo essa a autora desta pesquisa, e o remanejamento de uma profissional de serviço social para a secretaria de saúde, atualmente, o município conta com um ambulatório de saúde mental que busca fazer o matriciamento dando suporte às unidades básicas de saúde que, através de encaminhamento para

consultas médicas e do apoio da equipe de saúde mental, objetiva dar o suporte a essa população.

O programa de saúde mental teve início em março de 2013, contudo, essa equipe de saúde mental não é cadastrada no Ministério da Saúde; o município é o único responsável pelo custeio desse serviço. Recentemente, o município assumiu o custeio de uma casa para sede do programa e a contratação via consórcio de mais uma psicóloga para oferecer atendimento clínico individual, uma vez que a coordenadora do programa e psicóloga da unidade encontrava-se sobrecarregada pela alta demanda. Essa equipe, então, conta com dois psicólogos e um assistente social.

Ao fazer a estratificação de risco, constatou-se que a maioria dos cadastrados (maioria adultos), encontra-se em um risco leve, ou seja, apresentam depressão leve em alguns casos, ou apresentam dependência de benzodiazepínicos. Alguns até preferem tomar os antidepressivos somente quando sentem necessidade de acalmar-se.

Em 2013, devido à alta demanda de crianças enviadas aos programas de saúde mental e aos serviços da secretaria de assistência social e educação, percebeu-se que alunos da rede municipal, estadual e privada necessitavam de suporte individual por diversas razões, entre elas, a ansiedade, a dificuldade de aprendizado ou problemas de comportamento da escola. A partir disso, então, os psicólogos da saúde, assistência social e do CRAS uniram-se com o objetivo de iniciar um programa cujo nome expunha a intenção do projeto: Atenção Intersetorial à Criança e ao Adolescente de Mallet (AICAM), que se encontra também articulado ao CMDCA.

Sendo desenvolvido por aproximadamente seis meses e obtendo ótimos resultados, o cuidado dava-se através de oficinas terapêuticas com as crianças e utilizava-se o lúdico como abordagem. Observou-se, na época, melhora no que se refere à diminuição de ansiedade de crianças e melhora também em seus comportamentos. Tal fato supõe ter sido palpável o trabalho proposto, uma vez que houve rápida mudança na subjetividade das crianças. No caso dos atendidos que apresentavam dificuldade de comportamento, ao invés de se trabalhar ressaltando as dificuldades, o trabalho era feito de forma a ressaltar as potencialidades da criança por meio de elogios, apontando comportamentos positivos observados durante o encontro. Já os comportamentos negativos eram mostrados de maneira a

levar a criança à reflexão. No entanto, com a saída de dois profissionais do município, e a sobrecarga de outros que diante da alta demanda não conseguiram dar continuidade na parceria, a psicóloga da saúde mental na época, encontrou-se solitária no cuidado a essa demanda, não sendo possível a continuidade ao projeto.

Dois anos passaram e o fracasso das instituições como a Unidade de Saúde Mental, CRAS, Proteção Social Especial, Secretaria de Educação em dar conta da alta demanda de crianças e adolescentes era visível. Nas reuniões da Rede de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente eram constantes os relatos acerca da dificuldade existente no cotidiano da oferta do cuidado e dos próprios encaminhamentos. Seja pela alta demanda, ou mesmo pela falta de conhecimento entre os serviços, não havia a articulação que usualmente se chamava de “rede” de cuidado. Somava-se ainda a esse panorama, o considerável número de encaminhamentos para atendimento psicológico individual, médico psiquiátrico e neurológico, do qual é possível se inferir um processo de patologização. Considerando a estrutura já existente, este projeto mostrou-se como uma ferramenta de pesquisa para compreender a dinâmica entre os diversos equipamentos dos quais são tidos como “rede” de cuidado às crianças e adolescentes, pelo serviço que prestam.

Nesse contexto, foi identificada uma lacuna importante a ser investigada, contemplada neste estudo, pois, de um lado a rede encontrava-se desorganizada, e a criança descuidada, e do outro as crianças estavam sendo encaminhadas constantemente para atendimentos com neurologistas, psiquiatras ou mesmo para psicologia, mas, com a queixa de TDAH (Déficit de Atenção e Hiperatividade), Transtorno de Conduta, por falar de mais ou falar de menos etc. constantemente pré-julgados, rotulados, como transtornos mentais. Em sua maioria, estes encaminhamentos mostram-se sem consistência. Nesse sentido, não estaria a desorganização dessa rede favorecendo o processo de patologização, a medida que ao buscar acolhe-la, compreende-la, conhecê-la de fato, através de um olhar voltado ao seu contexto e interações?

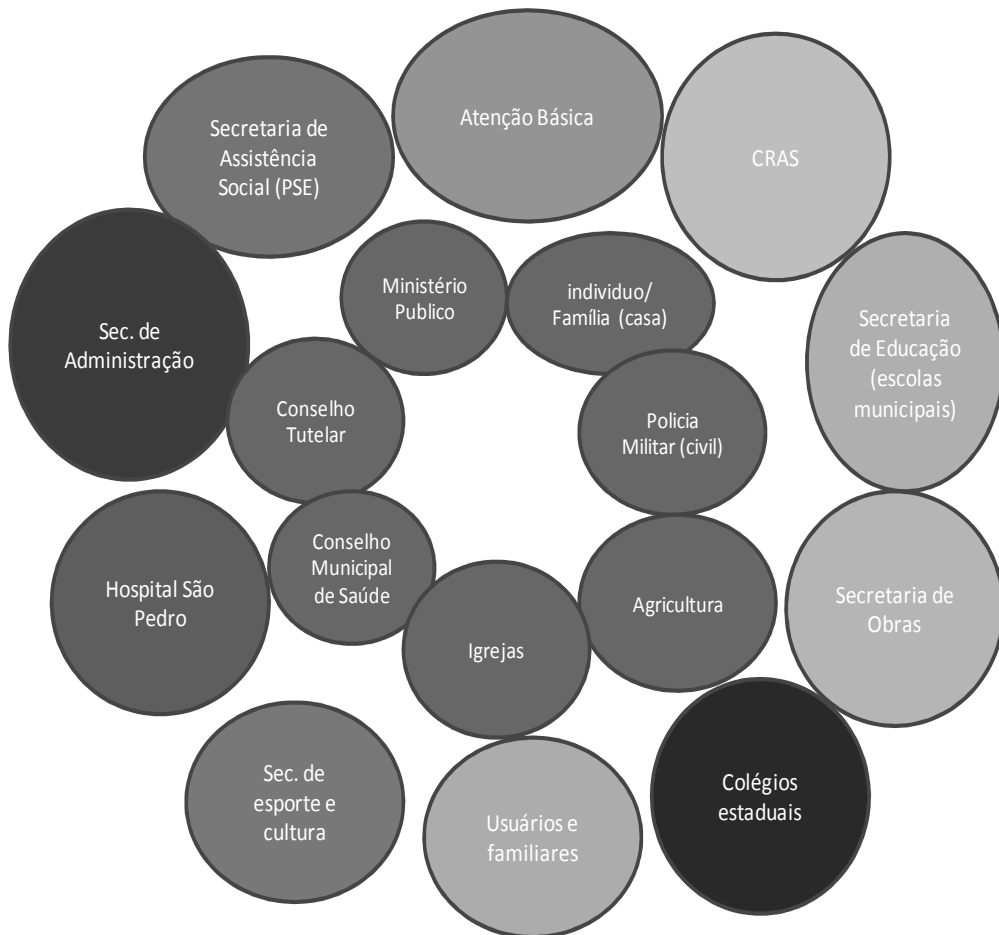
Por meio da compreensão da dinâmica dessas equipes compostas por assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, conselheiros tutelares, professores, diretores, pedagogos, psicopedagogos, buscou-se respostas necessárias a fim de superar as complexidades da atenção territorial em saúde mental, levando em consideração as características do município de Mallet-PR, a fim de otimizar a

implementação da rede de atenção psicossocial voltada à criança e ao adolescente em tal município.

4.2.2 Equipamentos de cuidado.

O modelo de rede a ser aqui debatido segue a lógica da Rede de Atenção Psicossocial especificamente atendendo aos princípios da rede ampliada conforme o Ministério da Saúde. Esse aponta para “[...] a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade” (Ministério da Saúde, 2005, p10). Neste sentido, são fundamentais os equipamentos presentes no território como escolas, CRAS, Assistência Social e que eles funcionem como ressalta o Ministério da Saúde, como “pontos de saúde ampliados, onde são possíveis desde ações de promoção e prevenção, até mesmo intervenções em situações de gravidade” (Ministério da Saúde, 2013, p.6) Assim sendo, foram identificados inicialmente os seguintes equipamentos (FIGURA 1), lembrando que muitos outros podem ser acrescentados:

FIGURA 1 - Equipamentos que compõem a Rede de cuidado Município de Mallet - PR.



Fonte-Programa de Saúde Mental-Mallet-PR

Ao se considerar que os serviços e pontos de ações no cuidado em saúde mental são de base comunitária, a Rede de Atenção Psicossocial contempla o espaço de vida dos usuários, ou seja, das famílias, das crianças. Assim, poderíamos ainda acrescentar outros equipamentos como banco, correio, lanchonetes, espaços comunitários (praças, entre outros).

A fim de especificar mais a realidade da cidade escolhida, faz-se necessário descrever outros elementos que compõem espaços comunitários: a Secretaria de Esporte contempla estádio de futebol, ginásio de esportes. Já a secretaria de

educação contempla oito escolas municipais; há no município ainda quatro escolas estaduais. Quanto à unidade de saúde, é composta por uma unidade básica central a qual o ambulatório de saúde mental encontra-se em anexo; conta com três equipes de estratégia de saúde da família, uma unidade de saúde da mulher e da criança e um centro odontológico.

Há no município algumas atividades ligadas a instituições não governamentais ou mesmo independentes que oferecem atividades de esporte, dança, cultura, entre elas o Grupo Folclórico Ucraniano Spomem, Grupo Folclórico Polonês Mazury, Estúdio de Dança Eclipse, Padaria Comunitária, Associação das artesãs, Grupo do Basquete, B Jovem (Grupo de Jovens da Cooperativa Bom Jesus).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no município de Mallet-PR. Fizeram parte da amostra profissionais envolvidos no cuidado às crianças e aos adolescentes. Para a feitura da amostra, a pesquisadora optou pela escolha de alguns profissionais que compõem a Rede de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente, sendo este, um projeto que prevê a garantia dos direitos através de um conjunto de ações de instituições governamentais e não governamentais e que está constituído no município a pouco mais de um ano. O projeto previa reuniões mensais que foram se enfraquecendo no número de participantes, visto que os próprios identificaram o insucesso nas ações, em que muitas eram as dificuldades apontadas, e pouca as soluções encontradas diante da fragilidade daquela “rede”. Uma vez que o trabalho da pesquisadora já estava em andamento, ela, junto desses profissionais, concordaram que a pesquisa em questão seria útil para o diagnóstico, bem como a identificação das estratégias para a otimização do cuidado à criança e ao adolescente, pois, ao pensar no assunto da patologização, estes profissionais são os que estão de modo direto voltados à prestação de serviços a este público, ficando estabelecida, então, a participação deles. Então, considerando os interesses da pesquisadora, dos próprios participantes do grupo citado e, a fim de corresponder ao objetivo proposto, foram convidados outros componentes visando à contribuição pelos cargos e função que ocupam, no caso, gestoras de secretarias municipais.

A amostra foi dividida e foram formados três grupos separados (ver quadros 2, 3 e 4) de acordo com as informações esperadas por estes: conforme a formação e função exercida por cada um.

O Grupo 1 correspondia à Equipe Multiprofissional, em que buscou-se compreender as complexidades existente entre a dinâmica da rede de cuidado. Assim, buscou-se ainda compreender as dificuldades, potencialidades, bem como apreender a compreensão que esses profissionais tinham a cerca da patologização, dos serviços oferecidos, e da prescrição das políticas públicas.

Os participantes foram os seguintes profissionais: a psicóloga da secretaria da saúde, de educação e da assistência social, a assistente social da secretaria de saúde, assistência social, sendo uma do CRAS e uma do Programa da Proteção Social Especial, a presidente do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, um conselheiro tutelar e uma diretora da escola estadual; todos esses, componentes do grupo referente à Rede de Proteção à Garantia do direito da Criança e do Adolescente. Além deles, a fim de enriquecer a discussão, fez parte também do grupo a fonoaudióloga da secretaria municipal de saúde.

A psicóloga da secretaria da educação e psicopedagoga que se encontram neste grupo fazem parte do grupo multiprofissional e não do grupo da equipe pedagógica. Devido à pesquisadora acreditar que, como elas também, de certa forma, recebem os encaminhamentos dos professores, diretores, e, além disso, por contribuírem para a troca de conhecimentos sobre a política de educação com o grupo multiprofissional, suas participações eram mais plausíveis nesse grupo. No que se refere à diretora da escola estadual, sua participação nesse contexto justifica-se pelo fato de ela estar próxima do grupo multiprofissional na efetiva atuação da rede de proteção, e, ainda, por ter formação em psicologia e pedagogia, com prática na gestão de escola. Nesse sentido, a pesquisadora acredita que essa profissional possa trazer informações e opiniões opostas aos profissionais do município no que se refere aos encaminhamentos de escolas para avaliação, trazendo às claras a necessidade da demanda pela gestão escolar. Considerando que ela também tem formação em psicologia, acredita-se que a ponderação entre a necessidade de gestora e a formação em psicologia trará ricas discussões ao grupo.

Concernente ao Grupo 2, que se refere à a Equipe Pedagógica, buscou-se também compreender o entendimento desses quanto à rede de cuidado, bem como o entendimento sobre a patologização e os encaminhamentos e políticas públicas.

Participaram os seguintes profissionais: duas professoras da sala de recursos, três pedagogas e cinco diretoras da Rede Municipal de Ensino Fundamental. Tais participantes foram indicados pela secretária de educação e pela psicóloga da educação, visto que elas respondiam aos critérios de estar à frente da gestão da escola, das demandas da escola e serem professoras envolvidas diretamente com as crianças que apresentam dificuldade. Nesse grupo, requeria-se que o número de participantes indicados não fosse superior a 11 componentes.

O grupo 3 se refere à Equipe Gestora. Nele, buscou-se compreender o entendimento dos participantes a cerca da organização da rede, assim como sobre o conhecimento das políticas públicas. Ele é composto pelos gestores da Secretaria da Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria da Assistência social.

É importante deixar claro aqui que o fato de a maioria dos profissionais comporem o grupo de discussão existente sobre a *Rede de Proteção a garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes*, este trabalho não se limitou apenas a seu público que é direcionado às crianças e aos adolescentes em situação de violência. Também foi focado o cuidado a todas as crianças e adolescentes do município, ou seja, aos serviços prestados pelos equipamentos que compõem a “*rede de cuidado*”. A ênfase que foi dada nas discussões foi na patologização, mas o tema foi apresentado apenas num segundo momento, uma vez que o foco, inicialmente, se recaiu na organização da rede de cuidado.

Para evitar confusão, utilizou-se como definição de foco desta pesquisa a *rede de cuidado à criança e ao adolescente* a fim de se diferenciar da *rede de proteção à criança e ao adolescente*. Houve aqui a necessidade de se fazer a diferenciação, no entanto, na prática, a rede de proteção seria uma das formas de cuidado que os profissionais da rede de cuidado compõem em sua prática, voltada, essa, para a criança e adolescente de modo geral, independente da classe econômica, ou situação de vulnerabilidade, mesmo no que se refere à prevenção, promoção e tratamento de tal público.

Dessa forma, os envolvidos na pesquisa somaram 24 participantes, divididos em três grupos. A fim de facilitar a compreensão dos resultados expostos adiante, foi primordial a categorização dos três, os quais serão identificados da seguinte forma: a) Grupo Multiprofissional, **MP1 a MP11**, em que o número corresponde à ordem alfabética dos pseudônimos dos participantes; um exemplo: MP1 correspondente à Alice; b) O grupo 2, definido como Grupo Equipe Pedagógica, correspondendo de

EP1 a EP10, em que a ordem numérica também segue a ordem alfabética dos pseudônimos; e c) o grupo 3, identificado como Equipe Gestão, de **EG1 a EG3** seguindo ordem alfabética da secretaria, ou seja, EG1 corresponde à Secretaria da Assistência Social, EG2 Secretaria da Educação e EG3 Secretaria da Saúde.

Levando em conta que a intervenção se deu por meio do conhecimento de uma rede de atendimento composta por profissionais de diferentes áreas, considerou-se a amostra indicada como representativa da realidade social de tal comunidade pelo fato de contar com a participação dos profissionais que atuam na linha de frente na rede municipal de cuidado a criança e adolescente. Segundo Minayo (1992), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, pois “a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1992, p.43).

Além disso, por a pesquisadora fazer parte da rede de cuidado a ser analisada, considera-se fundamental a interatividade entre ela e os profissionais existentes na rede de cuidado observados na pesquisa, uma vez que a pesquisadora produziu reflexão sobre o próprio contexto em que atua, como proposto pela pesquisa participante.

QUADRO 2- CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL-MP

Identificação	Sexo	Formação	Função/cargo	Secretaria/Setor
MP1	F	3º Grau Completo Pedagoga Esp. em Educação	Secretária Munic. de Cultura e Turismo; Presidente do CMDCA	Sec. De Cultura e Turismo; CMDCA
MP2	F	3º Grau Completo Serviço Social Esp. Em Gestão Social e Políticas Públicas	Assistente Social	Secretaria da Saúde Unidade Básica
MP3	M	3º Grau Completo Psicólogo Esp. em Neuropedagogia	Psicólogo	Secretaria Da Família e Desenvolvimento Social CRAS
MP4	F	3º Grau Completo Serviço Social	Assistente Social	Secretaria Da Família e Desenvolvimento Social Equipe Gestão
MP5	F	3º Grau Completo Pedagoga Psicologia Esp.Educação Especial e Gestão escolar	Diretora Professora de Educação Especial Ambos pela SEED	SEED
MP6	F	3º Grau Completo Serviço Social	Assistente Social	Secretaria Da Família e Desenvolvimento Social CRAS
MP7		2º Grau completo	Conselheira Tutelar	CMDCA/ Prefeitura Municipal
MP8	F	3º Grau Completo Fonoaudiologia Mestrado em Distúrbios da Comunicação Doutoranda emLinguística	Fonoaudióloga	Secretaria da Saúde Unidade Básica
MP9	F	3º Grau Completo Psicóloga Esp. Educação Especial Esp. Psicologia do Trânsito Aperfeiçoamento em Pedagogia Sistêmica	Psicóloga	Secretaria da Educação
MP10	M	3º Grau Completo Psicólogo Administraçãocom habilitação em Comércio Exterior Esp. Gestão de Pessoas	Psicólogo	Secretaria Da Família e Desenvolvimento Social Equipe Gestão
MP11	F	3º Grau Completo Pedagogia Esp. Psicopedagogia Institucional e Clínica; Esp.Arte, ed. e terapia; Esp. Educação Esp. Inclusiva	Psicopedagoga	Secretaria da Educação Esc. Romão Paul

QUADRO 3 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO EQUIPE PEDAGÓGICA-EP

Identificação	Sexo	Formação	Função/cargo	Secretaria/Setor
EP1	F	3º Grau Completo História Esp. em Educação Especial	Diretora de Escola	Secretaria da Educação
EP2	F	3º Grau Completo Pedagoga Psicologia Esp. em Psicopedagogia	Coordenadora Pedagógica da Educação Infantil e Educação Especial	Secretaria da Educação
EP3	F	3º Grau Completo Letras Esp. em Educação Especial/ Esp. em Português e Inclusão; Esp. em Psicopedagogia e Esp. em Educação do Campo.	Professora de sala de recurso multifuncional Ob.: Também professora pela SEED	Secretaria da Educação SEED
EP4	F	3º Grau Completo Letras Esp. em Educação Especial/ Esp. em Língua Portuguesa e Literatura Mestranda em Práticas Educativas	Professora de sala de recurso multifuncional	Secretaria da Educação
EP5	F	3º Grau Completo	Diretora	Secretaria da Educação
EP6	F	3º Grau Completo História Esp. em Educação Especial/ Mídias na Educação	Diretora de Escola Ob.: Também professora pela SEED	Secretaria da Educação SEED
EP7	F	3º Grau Completo Pedagogia Esp. em Psicopedagogia	Diretora de Escola	Secretaria da Educação
EP8	F	3ª Grau Completo Pedagoga Esp. em Educação Infantil-Séries Iniciais Outros cursos de aperfeiçoamento na área de ensino fundamental	Coordenadora Pedagógica do Ensino Fundamental	Secretaria da Educação
EP9		3º Grau Completo Pedagoga Esp. em Educação especial	Diretora de Escola	Secretaria da Educação
EP10	F	3º Grau Completo	Pedagoga	Secretaria da Educação

QUADRO 4- CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTÃO- EG

Identificação	Sexo	Formação	Função/cargo	Secretaria/Setor
G1	F	2º Grau Completo Magistério	Secretária Municipal (Gestão)	Secretaria Da Família e Desenvolvimento Social
G2	F	3º Grau Completo	Secretária Municipal (Gestão)	Secretaria da Educação
G3	F	2º Grau Completo	Secretária Municipal (Gestão)	Secretaria da Saúde

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A metodologia da pesquisa compreendeu procedimentos de análise documental, realização de entrevistas coletivas através da composição de um grupo focal com professores e outro com profissionais das áreas da Secretaria da Educação, da Assistência Social e Secretaria da Saúde, além da aplicação de questionários. Tais passos serão explicados a seguir.

No que concerne à análise documental, a pesquisa se consistiu na análise da legislação pertinente às políticas públicas relacionadas à saúde mental, sendo elas: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Tipificação da Assistência Social, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, além de pesquisas de artigos existentes em torno do tema trabalhado, a fim de compreender a complexidade a ser discutida.

Quanto ao grupo focal, esse se voltou para a compreensão do cuidado às crianças e adolescentes através do entendimento da organização da rede de cuidado a tal público no município selecionado, bem como acerca do posicionamento dos profissionais diante da medicalização.

Schrader (apud MINAYO, 2004, p.129) aponta que o “grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sobre o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações”. Em se tratando de uma pesquisa social, a problemática surgiu de questões observadas na

prática em saúde, mas que se encontram diretamente ligadas a uma rede de serviços composta por outros setores. Dessa maneira, a composição dos grupos buscou contemplar diferentes profissionais, não somente da área da saúde, mas também da educação, assistencial social e outras instituições como conselho tutelar. Assim, o grupo focal pode contribuir não somente para a compreensão da organização da rede e seu fluxo, mas principalmente para a relação estabelecida entre os profissionais que a compõem, uma vez que atuam na realidade selecionada, aqui, para a pesquisa.

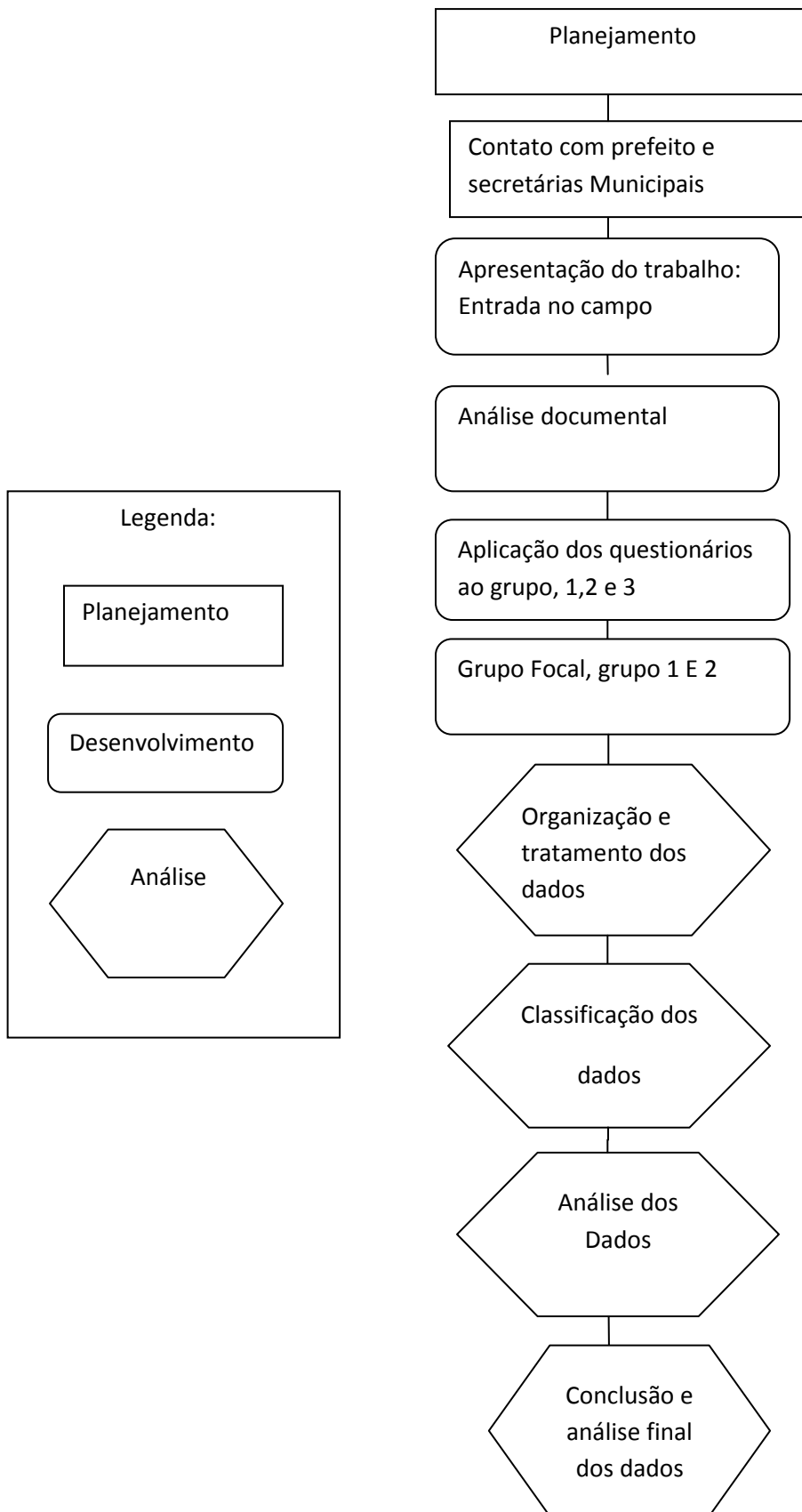
Gatti (2005, p. 9), ao tratar do uso da técnica de grupo focal, afirma que nesse procedimento “[...] há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e por que pensam”. Assim, entender a visão que os profissionais selecionados têm sobre a rede, sobre o fluxo de encaminhamento/atendimento e sobre a medicação/medicalização, poderá contribuir para estratégias voltadas à despatologização, de forma a organizar o fluxo de atendimento ou ainda compreender o processo de patologização, possibilitando um novo olhar sobre as crianças com dificuldades de aprendizagem/comportamento.

Quanto aos questionários, eles foram aplicados à Secretária da Educação, Secretária da Assistência Social e Secretária da Saúde, no mesmo momento em que foi aplicado aos demais participantes que compõem o grupo focal, sendo a aplicação coletiva, após a reunião de apresentação do trabalho, na entrada de campo.

Para a coleta e análise dos dados foram utilizados dois gravadores e um diário de registro do grupo focal, o qual possibilitou anotar palavras que se destacaram a fim de ampliar as reflexões. Além disso, foram ainda utilizadas anotações que tratavam de expressões não verbais dos participantes, mas que expressam verdades até então ocultas e de extrema importância para a compreensão das complexidades expostas.

O fluxograma a seguir apresenta as etapas e procedimentos, desenvolvidos no processo de pesquisa, o qual contemplou planejamento, desenvolvimento e análise.

FLUXOGRAMA 1- ETAPAS DO PROCESSO DE PESQUISA



Fonte: Fluxograma elaborado pelo pesquisador na etapa de elaboração da pesquisa.

Na etapa do planejamento, tomou-se cuidado em respeitar o percurso metodológico correspondendo à fase exploratória. De acordo com Minayo (2011), as preocupações em torno das pesquisas qualitativas geralmente se voltam para a análise do material qualitativo. Todavia, a autora aponta que “uma boa análise começa com a compreensão e internalização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a investigação e, do ponto de vista prático, desde que iniciamos a definição do objeto” (MINAYO, 2011, p.622). Assim, nessa fase, deu-se o estudo sobre o referencial teórico, a construção dos instrumentos de pesquisa, sendo construído, portanto, os roteiros dos questionários além do delineamento dos temas do grupo focal. Nesse momento, ainda, se estabeleceu a composição e o número de grupos, bem como os critérios de participação, orçamento, cronograma e organização das sessões. Fez parte do planejamento, também, o contato com o prefeito e secretárias municipais a fim de solicitar autorização quanto ao desenvolvimento da pesquisa.

A entrada em campo se deu através da apresentação da pesquisa aos participantes dela, momento em que os gestores das três secretarias (saúde, educação e assistência social) fizeram parte. Na fase do planejamento, havia se pensado em fazer a apresentação separada para os gestores. No entanto, ao se aproximar do momento da apresentação, a pesquisadora acreditou ser pertinente fazer a apresentação em conjunto, visto que as secretárias, no primeiro contato, já se mostraram concordantes com a realização da pesquisa. Nesse contexto, entra em consonância o que Minayo (2004) afirma sobre a pesquisa qualitativa, ou seja, é aquela que requer abertura e flexibilidade, e seus instrumentos podem ser readaptados.

A apresentação para os participantes se deu em um encontro de aproximadamente duas horas e meia contando com o momento do *coffee break*. Nesse momento, fez-se a apresentação da pesquisa de maneira a elucidar sobre o seu objetivo, além de se comunicar acerca das gravações de áudio que seriam usadas para registros e para posterior transcrição. Assim, lhes foi assegurado o anonimato e o uso exclusivo das gravações para as finalidades da pesquisa. Em seguida, fez-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Ressalta-se que houve interesse dos participantes no que concerne à participação da pesquisa, não havendo oposição por parte de ninguém. Um exemplo disso foi o

coffee break, que proporcionou um momento frutífero para a interação e criação de empatia entre os participantes.

Quanto à análise documental, de antemão pode-se citar que essa mostrou-se uma pesquisa em si, diante do desafio de se explorar teorias e áreas até então desconhecidas pela pesquisadora. Foram realizadas a leitura, síntese e interpretação de textos, portarias, resoluções, como: Lei de nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, correspondente à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional; Lei de nº 10.2016, de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Lei de nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que tratou do Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências; Decreto nº 010, de 12 de janeiro de 2016, que se refere à constituição do Comitê Municipal de Saúde Mental do Município de Mallet/PR e dá outras providências. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008. Tipificação de Serviços Sócio Assistenciais, Brasília, 2009

No que se refere aos questionários (apêndice 1 e 2), eles foram aplicados em conjunto no dia da apresentação da pesquisa. No entanto, duas professoras e diretoras que não participaram da apresentação da pesquisa, preencheram separadamente o questionário após a apresentação individual e assinatura do TCLE (anexo).

Quanto aos grupos focais, eles seguiram o roteiro elaborado no planejamento (Apêndice 3), sendo que os encontros corresponderam a quatro temas gerais desenvolvidos nas quatro sessões, sendo eles: 1) Tema geral/objetivo: Conhecer e compreender a organização da rede de cuidado no município; 2) Tema geral/objetivo: Conhecer a formação dos professores, bem como o conhecimento e empoderamento sobre as políticas públicas voltadas ao “cuidado” quanto à criança e ao adolescente, a fim de identificar se o prescrito é condizente com a prática cotidiana (real) e também sobre a fragmentação do conhecimento; 3) Tema geral/objetivo: Analisar a compreensão e conhecimento dos profissionais do cuidado sobre a medicalização/patologização; 4) Tema geral/objetivo: Apresentar as interpretações feitas nos encontros a fim de que o grupo dê seu parecer quanto à identificação ou não sobre o fechamento das discussões de grupo, contribuindo para o entendimento fidedigno das informações durante a pesquisa.

Em relação à organização das sessões, no primeiro encontro, foi realizada uma explanação sobre a técnica do grupo focal e uma dinâmica para a eleição do pseudônimo dos participantes. Em seguida, deu-se início às apresentações e, em sequência, o desenvolvimento das discussões através do roteiro. No final, fez-se o fechamento do encontro com uma síntese dos principais temas discutidos. No segundo e terceiro encontro, iniciou-se com a síntese dos acontecimentos do grupo anterior; após, houve o desenvolvimento através das questões do roteiro e o fechamento com síntese dos principais temas discutidos. No quarto encontro foi apresentada a análise parcial dos três encontros e junto ao grupo fez-se os apontamentos referente à compreensão da rede de cuidado à criança e ao adolescente, bem como as possíveis estratégias quanto a despatologização das crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizado e/ou comportamento pela rede de cuidado.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere à análise de dados, optou-se pela abordagem Hermenêutica Dialética a fim de valorizar o conteúdo apreendido, o qual é composto por uma diversidade de instrumentos e por uma amostra considerada satisfatória ao estudo. Em resposta ao objetivo proposto por este trabalho, o qual nasceu da dúvida surgida na prática profissional cotidiana, envolvendo diversos profissionais que atuam na rede de cuidado e que, por apresentar opiniões diversas, enriquecem a pesquisa por meio da comunicação proposta pelo grupo focal, pretendeu-se explorar o material o tanto quanto possível, pois “[...] o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos” (MINAYO, 2004, p.89). Portanto, a fim de dar ênfase à amostra qualitativa e garantir o cuidado com a técnica, considerando a importância da fase da análise de dados na pesquisa, atenta-se ao alerta de Stein (1987) quanto ao risco que se corre na pesquisa social de se “[...] colocar as questões do método acima das questões do conteúdo” (p.129).

A hermenêutica e a dialética mostram-se como a possibilidade de superação desse informe, pois propõem o diálogo entre a filosofia com as ciências humanas e são fundamentadas na reflexão e na prática. Além disso, “o casamento destas duas

abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação” (MINAYO, 2004, p.219).

Tendo sido também essa pesquisa participante, de caráter social, um dos pontos de discussão do referencial teórico é voltado para a necessidade de contextualização, no caso, da criança em seu contexto histórico familiar, cultural e social. Assim, é identificada na abordagem hermenêutica dialética a relevância do fenômeno da contextualização como mais um apontamento sobre ser essa abordagem o caminho para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa. Não faria sentido sugerirmos a necessidade do olhar contextualizado para a criança se, na busca da compreensão da rede de cuidado, abrissemos mão de um percurso metodológico que possibilitasse o diálogo, a interpretação, pois “[...] compreender é exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro” (MINAYO, 2011 p.623). Nesse sentido, Minayo faz menção a este exercício:

(...) Para compreender é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2011, p.623).

Diante do exposto, o percurso metodológico referente à análise de dados foi percorrido através do confronto do conhecimento obtido por meio do referencial teórico com os dados empíricos surgidos da produção dos atores envolvidos na pesquisa, ou seja, dos participantes e da observação da pesquisadora. No entanto, é sabido que toda compreensão “é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos” (MINAYO, 2011, 623). Assim, é reconhecida as limitações do alcance da compreensão, até mesmo por entender que, de fato, ela não é única, nem conclusiva. Mas entende-se que, ao delinear um desenho, mesmo que parcial, próximo do real, dessa rede, possibilitar-se-á a identificação das estratégias e a otimização dela, correspondendo, dessa maneira, ao objetivo proposto.

No que se refere ao tratamento e análise de dados, seguindo a proposta metodológica de Minayo (2004, p.234-238), percorreu-se as seguintes etapas,

descritas conforme passo 1, 2 e 3: 1) ordenação dos dados; 2) classificação dos dados e 3) análise final.

Passo 1: Nesta etapa se deu a organização dos dados coletados através da transcrição dos registros do grupo focal, da releitura do material e reorganização dos relatos. A amostra foi dividida em três grupos, conforme objetivo proposto, e estabelecido codificação de cada elemento da amostra a fim de facilitar a identificação dos depoimentos no texto. Realizou-se também organização prévia dos relatos na ordem dos encontros realizados, de forma a possibilitar uma visualização do mapa horizontal referente às observações realizadas.

Passo 2: A etapa da classificação dos dados, que se iniciou conforme a proposta analítica, teve uma leitura flutuante, que começou, então, a ser desenhado através da identificação das estruturas de relevâncias, das ideias centrais, em consonância com o referencial teórico, possibilitando a construção dos dados empíricos. Segundo Minayo (2004), neste momento é possível estabelecer um confronto entre as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas, com as teorias empíricas, possibilitadas pela investigação, de modo a buscar as relações dialéticas entre ambas.

Identificados os núcleos de sentido, os fragmentos das falas foram recortados e inseridos em gavetas conforme quadro 5.

O desenho desta classificação se deu através da definição de três temas propostos pela pesquisadora ainda na fase exploratória a fim de corresponder ao objetivo proposto, sendo eles: “organização da rede”, “formação”, “prescrito x real”. Sendo construído um quadro para cada tema, que serão apresentados no capítulo de resultados. Após uma leitura transversal e confrontação das falas dos sujeitos, das questões norteadoras e categorias no do objetivo de pesquisa proposto, e do referencial teórico, foram consolidadas as seguintes categorias do estudo:

Categoria I- As faces de uma rede inexistente,

Categoria II- Da construção da rede às novas perspectivas, novos olhares para o cuidado.

QUADRO 5- SÍNTESE CONFRONTO ENTREVISTAS DO GRUPO FOCAL

Organização da Rede (conhecer e compreender a organização da rede de cuidado no município)				
Núcleo de sentidos	MP1	...	MP11	Síntese Horizontal
Síntese Vertical				

Passo 3: Análise final de dados: Neste momento, foi feito o movimento dialético entre a interpretação do material e o conteúdo emergido no campo com as referências teóricas, fazendo das informações “(...) uma revelação da sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e mais que isso, de expressão da vida social de mundo (...)” (MINAYO, 2004, p.236). A busca, neste momento, atentou-se para a historicidade do grupo e de cada indivíduo. Além disso, é reconhecida, neste momento, também, a historicidade do pesquisador, uma vez que suas relações também se fazem presentes num encontro em que a investigação social – enquanto processo de produção – é também produto, sendo, portanto, “objetivação da realidade e objetivação do investigador” (MINAYO, 2004 237). Conforme apontamentos de Minayo (2004), quanto à importância de dar pistas e indicações futuras que visem transformação de relação entre outras possibilidades, objetiva-se, ao compreender a rede de cuidado à criança e ao adolescente, apresentar as estratégias de enfrentamento a fim de otimizar tal rede no município em questão.

Considerando que a análise qualitativa tem em sua premissa os verbos: “Compreender, interpretar e dialetizar,” (Minayo, 2012, p.622) a autora atenta em que neste momento o pesquisador pouco a pouco chega ao sentido das falas e de sua contextualização empírica a qual denomina lógica interna, dos atores, do grupo, ou do segmento.

A fim de oferecer suporte e qualidade a Interpretação e compreensão, buscando manter a fidelidade a proposta de análise qualitativa, nesse momento far-se-ão as uma nova teorização das unidades de sentido identificadas, enriquecendo o que se apreendeu nas falas e observações, bem como, conforme sugere Minayo (2012, p 625) “Para que de sua aldeia, o pesquisador converse com o mundo e sobre o mundo, de forma compreensiva e critica”.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Torna-se necessário, fazer a ressalva de que neste momento serão expostos apenas os resultados, a discussão será apresentada separadamente no próximo capítulo. A opção por separar resultado e discussão se deu primeiramente por considerar os dados coletados, visto que é vasta em informações e que não se pretende resumir ou deixar de lado algumas informações pois emergiram das discussões do grupo focal e mostram-se reveladoras quanto ao processo de compreensão da pesquisa, seguindo portanto como já citado, o alerta de Stein (1987) quanto ao risco que se corre na pesquisa social de se “[...] colocar as questões do método acima das questões do conteúdo” (p.129). Nesse sentido que primeiro será apresentado os resultados considerando o conteúdo. A discussão, aprofundamento quanto ao conteúdo emergido será apresentado no próximo capítulo, o capítulo discussões o qual apresentará duas categorias finais de análise e no corpo do texto das duas categorias será retomado pontos apresentados neste capítulo que segue apresentando os resultados.

Os resultados serão apresentados na sequência dos temas desenvolvidos nos grupos focais, são eles: “organização da rede”, “formação”, “prescrição *versus* real”, “patologização”. Por fim, serão apresentadas as estratégias para otimização da rede, identificadas no decorrer das sessões do grupo focal, mas que foram enfatizadas em um último encontro ao se fazer a síntese.

A sequência das sessões realizadas possibilitou, através das trocas de informações e discussões entre os componentes, a produção do conhecimento sobre a rede de cuidado, de modo que, de encontro em encontro, foram surgindo informações até então desconhecidas pelos componentes. À medida que as informações foram sendo verbalizadas e discutidas, foi percebida a construção de novos conhecimentos, como, por exemplo, ao iniciar as atividades, ficou claro que os participantes não conheciam as competências dos outros setores, de forma que, para alguns, o entendimento sobre determinados serviços eram meras fantasias ao conhecimento de fato sobre sua real função. Desta forma, a sequência dos temas possibilitou desde o entendimento acerca da rede de cuidado dos serviços, como estão ou deveriam estar organizados, até as complexidades envolvidas no dia a dia dos profissionais na produção da patologização e na identificação das estratégias de otimização.

Para cada tema discutido será apresentado um quadro com as categorias identificadas correspondentes ao tema discutido a fim de melhor explicitar aos dados em discussão. Será apresentando, também, no corpo do texto, os recortes das falas dos sujeitos participantes da pesquisa, no sentido de garantir a fidedignidade do conteúdo.

5-1 ORGANIZAÇÃO DA REDE

Ao discutir sobre a organização da rede, em que se objetivou conhecer e compreender a sua organização de cuidado de crianças e adolescentes no município, os núcleos de sentido identificados foram: falta de articulação, fragmentação do cuidado, falta de planejamento, falta de fluxo, falta de comunicação e *feedback* e alta demanda. Tais dados podem ser observados no quadro 6:

QUADRO 6– Organização da Rede

Organização da Rede (conhecer e compreender a organização da rede de cuidado no município)				
Núcleos de sentidos	MP1	...	MP10	Síntese Horizontal
Falta de articulação				Cada um faz o que acredita ser sua função e não há espaço para trocas, compartilhamento. Não havendo envolvimento nos programas, as secretarias acabam trabalhando isoladas, e o cuidado à criança fica compartimentalizado, fragmentado.
Fragmentação do cuidado				Não havendo articulação, as secretarias acabam trabalhando de formas isoladas, surgindo a fragmentação do cuidado.
Falta de planejamento				A falta de um planejamento faz com que os setores que já se encontram sobrecarregados não estabeleçam metas e prioridades. Nesse sentido, a desorganização se estabelece.
Falta de fluxo				Desarticulados e sem um planejamento, não existe um fluxo, surgindo a falha no cuidado. Não havendo um processo contínuo através de um fluxo, não se atinge as complexidades.
Falta de comunicação e <i>feedback</i>				Desarticulados, não se comunicam, o que também mostra ser decorrente de uma falta de planejamento, pois os próprios setores têm dificuldade para reconhecer o que cabe a eles. Nessa confusão, não se comunicam, pois não há um fluxo em que flua a comunicação.
Alta demanda				As equipes encontram-se reduzidas e a falta de planejamento agrava, pois não havendo um plano de trabalho, a equipe vai atendendo o que aparece, e muitas vezes não concluiu o atendimento que já estava fazendo, ou acaba assumindo novos casos e não da conta. Casos que inclusive poderiam ser trabalhados e divididos com outros setores. Diante disso, a equipe fica sobrecarregada.
Síntese vertical				

Ao discutir o tema Organização da Rede foi possível também a identificação de alguns indicadores apontando para o processo da patologização no município.

5. 1.1 Falta de Planejamento

Conforme dados apresentados no Quadro 6, os participantes indicaram que a rede encontra-se desorganizada, sendo que essa desorganização desencadeia a falta de articulação, a fragmentação, a falta de comunicação, de forma que esses três elementos são envolvidos em um mesmo ponto de discussão, isto é, a falta de planejamento. É reconhecido que existem os serviços, mas estes se encontram desenvolvendo suas atividades de forma isolada, o que impossibilita a troca de informações sobre os casos atendidos. Esse reconhecimento foi unânime entre os dois grupos, como pode ser vistos nos depoimentos abaixo:

Eu vejo que está muito fragmentado, no sentido de que existem os trabalhos, mas ainda falta uma ordenação melhor (MP-1, p. 5).

Eu percebo que as pessoas sabem que existem outros setores (...). Não sei se por falta de organização, de planejamento de uma estrutura sabe, (...), mas eu acredito que há esta iniciativa ou tentativa de troca de solução, não sei se por falta de organização, de planejamento (...) as coisas acabam se perdendo (MP-3, p.5).

Segundo os participantes da pesquisa, os setores não estão organizados de modo que haja um planejamento. Os profissionais demonstram desconhecimento das ações dos outros equipamentos, e muitas vezes dos seus próprios, impedindo o estabelecimento de um fluxo em que a comunicação possa fluir, impossibilitando, ainda, a troca e articulação entre os setores. Neste sentido, o cuidado fica fragmentado, como observado nas seguintes falas,

Realmente, às vezes, daí não é encaminhado pra lugar nenhum porque não sabem pra onde (MP-1, p.7).

Buscar a solução sozinho, porque buscar apoio muitas vezes a gente não sabe nem onde né (EP-9, p.41).

5.1.2 Falta de Fluxo

No que se refere ao fluxo, foi apontado a importância do planejamento e a organização dos setores para depois estabelecer o fluxo, pois, não havendo uma organização os atendimentos, são feitos sem o estabelecimento de metas e prioridades. Nesse sentido, identificou-se que atualmente os profissionais atuam de forma isolada. Fica evidente a duplicidade de serviço e, ou conduta diferente entre as equipes. Assim, o cuidado ofertado acaba sendo falho.

Uma vez que não há fluxo, não há desenho de fluxo, a população acaba não tendo a devida orientação quanto aos serviços. Com a falta de articulação, nem os próprios técnicos tem conhecimento sobre os serviços ofertados pelos outros equipamentos, MP-11 relata que,

[...] se dentro do nosso grupo, enquanto equipe, nós não conseguimos nos situar, né, imagina o pessoal, a população, o que eles vêem nisto, como que eles vêem né; é uma desorganização total, né (MP-11, p.8).

Observa-se que a falta de conhecimento e mesmo de articulação é decorrente da falta de organização. Acredita-se que ao organizar os serviços, eles podem ser apresentados aos outros setores a fim de constituir o fluxo pretendido, conforme identificado no seguinte relato,

Então, é o planejamento da secretária que tem que ser feito; ela sabe o que tem que ser feito e desde o início ela quer alcançar aquelas metas, então vai trabalhar para isto. Dentro deste planejamento você consegue implantar os serviços e os recursos necessários para o ano inteiro, pros outros saírem com referencia também, porque se não tiver vai dois profissionais sozinhos lá e daí tenta fazer um serviço bem isolado, tira dali, leva, tenta fazer um atendimento, fala alguma coisa e não vai dar resultado porque não está inserido num processo contínuo, né. (MP-3, p.14).

Seguindo a proposta, primeiro faz-se o planejamento dos serviços de forma a organizar os setores. Após a organização de cada setor, faz-se a apresentação para outros setores sobre os serviços a serem ofertados: como, quando, entre outros, e, por fim se estabelece o fluxo da rede de cuidado, apresentando-a em seguida para a comunidade, como pode ser ilustrado na ordenação:

PLANEJAMENTO → ORGANIZAÇÃO DO SETOR → APRESENTAÇÃO AOS DEMAIS SETORES → ESTABELECE O FLUXO → APRESENTAÇÃO A COMUNIDADE.

A descrição acima pode parecer algo muito simples, mas na prática o que se percebeu foi a inexistência destes pontos fundamentais de organização dos serviços. No entanto, o planejamento não deve apenas definir um fluxo e encaixar as

pessoas nele; o planejamento deve contemplar a necessidade do usuário, da família e, a partir do caso, as equipes devem definir um “planejamento deste acompanhamento” (MP-04, p.13).

1.1.3 Fragmentação

Segundo os profissionais, não havendo uma organização, os atendimentos são realizados sem ao menos se ter estabelecido um plano de atendimento; por exemplo, a maioria dos equipamentos está com fila de espera, no entanto, sem elencar as prioridades, os casos são atendidos aleatoriamente sem respeitar a fila. No afogadilho, não é dado continuidade no acompanhamento dos casos. A equipe que encaminha fica sem retorno; diante da desorganização, a fragmentação se estabelece, como apontam as seguintes falas:

É um trabalho fragmentado. Eu passei pra você, tá, agora eu vou resolver, resolve, então não dá a resposta, o retorno, você não sabe o que foi falado o que foi discutido (...). É uma coisa assim muito arrebatada (EP-9, p.38).

[...] mas você às vezes precisa de um respaldo, de simplesmente chegar, olha eu vi, ou não consegui ver, né, dar um feedback da situação, e que de alguns profissionais que participam eu percebo que não tem...que não existe isto, né, então, o teu trabalho você quer, você faz, você encaminha e para né, e aí fica justamente essa fragmentação (EP-2, p.38)

Os relatos acima apresentam a percepção de participantes da equipe pedagógica sobre a rede quanto à falta de articulação por inexistir um fluxo, a falta de comunicação e *feedback*. Neste sentido, compreende-se que, por não haver articulação entre os serviços, o cuidado é fragmentado.

5.1.4 Alta Demanda

A falta de comunicação, a falta de planejamento e a organização entre os setores, somada a alta demanda e equipes reduzidas, sugerem uma fragilidade para o funcionamento dos serviços, mas que, pelo fato das equipes trabalharem desarticuladas, não conseguem identificar o que as outras secretarias estão fazendo. Eles desconhecem suas dificuldades, desencadeando um pré-conceito e

(des)entendimento de que as outras equipes não funcionam por não querer trabalhar, conforme os seguintes posicionamentos:

[...] muitas vezes a gente, ah porque precisa de fulano de tal porque não tem este profissional, mas trabalhe-se com os que tem, os que tem façam a sua parte, já é um encaminhamento, né (EP-4, p.39)

A rede não está funcionando porque cada um não está fazendo a sua parte. (EP-4, p.38)

A falta de comunicação e conhecimento quanto à realidade vivenciada entre as equipes acaba desencadeado o processo de culpabilização, o qual será retomado no capítulo de discussão.

5.1.5 Falta de Comunicação

Os relatos apresentados mostram o quanto a rede está desarticulada, por não haver um conhecimento dos serviços, por existir um olhar fragmentado para a própria rede; sem a visão do todo, se desconhece os empecilhos de cada equipamento. Nesse sentido, muitos profissionais, ao invés de se aproximarem e entenderem as dificuldades, acabam apontando as falhas que conduzem a uma inércia, em que não há um movimento para mudança e as falhas são mantidas por uma rede que já está viciada. Necessário se faz, então, ter um olhar crítico, disposto a compreender as complexidades do sistema. Até porque, nas reuniões da rede de proteção à criança e ao adolescente, anterior ao desenvolvimento deste estudo, já se observava algo velado entre os serviços, como se a exposição de seu funcionamento fomentasse espaços para críticas.

Como exemplo deste (des)entendimento, observa-se a seguir o posicionamento de uma das participantes falando sobre a questão do acesso a uma localidade em que há uma estrada federal não asfaltada, e que em alguns dias é quase impossível chegar nesta localidade: “[...] pra ir a gente pega cada valetão, encalha (...) não é questão de acesso, quem quer trabalhar vai(EP-3, p.60).

Identifica-se, assim, o (des)entendimento ao supor que as colegas não viajam 30 km com o próprio carro para ir trabalhar em uma comunidade distante, desconsiderando o direito das colegas lutarem pelo direito a melhores condições de trabalho. Esse tipo de situação desfavorece a união e o processo de mudança, uma mobilização social para transformação e crescimento da rede. No entanto, este foi

apenas um dos exemplos apontados no mesmo sentido de crítica quanto à rede, demonstrando que a falta de compreensão faz com que o entendimento que se tenha quanto os profissionais que compõem a rede seja puramente de descompromisso.

Outro exemplo neste sentido de falta de articulação, comunicação, é o da professora que comentou sobre o fato de ter redigido uma carta para a Secretaria da Saúde a fim de ‘pular’ o fluxo. Em seu relato (EP-4, p.42), mostra-se novamente a necessidade de um espaço de troca entre estes profissionais, pois é importante questionar qual seria o entendimento da professora em pular o fluxo. No entanto, do outro lado, tem-se a fonoaudióloga ‘afogada’ em uma demanda enorme de atendimentos, em que, sozinha, atende a demanda da saúde, da educação, dos alunos da APAE, e que, nesse caso, deixa de seguir o fluxo porque outro profissional achou que o caso encaminhado era mais importante. É importante salientar que aqui não se está julgando a gravidade do caso, mas o fato de se desconsiderar a conduta do outro profissional, seu fluxo, sua organização de atendimento. Além disso, a profissional ainda critica como se a fonoaudióloga simplesmente não quisesse atender. Não seria mais fácil, enquanto rede, ao perceber que o profissional não está dando conta sozinha da demanda, mobilizar-se para solicitar um profissional fonoaudiólogo na Secretaria de Educação como identificado durante as entrevistas?

Todavia, esse (des)entendimento é proveniente da falta de comunicação e articulação da rede. Ao considerar que o que existe atualmente é uma “suposta rede”, na qual inexistente comunicação, articulação, faz-se a reflexão sobre ela ser de fato uma rede.

5.1.6 Falta de Articulação

É possível identificar a desarticulação da rede, por exemplo, ao se fazer a pergunta sobre quais os equipamentos a compõem. A maioria dos participantes ficou em silêncio, demonstrando não haver essa visão de integralização dos serviços. Tal fato nos faz refletir sobre a desarticulação apontando para o não funcionamento enquanto rede. As evidências indicam, ainda, que não há um trabalho em conjunto, conforme mencionado por uma das participantes do estudo,

[...] eu acredito que não há uma rede, porque uma rede é entrelaçada. No verdadeiro sentido da palavra, rede é cada um ter que fazer a sua parte, né, então, não está havendo a questão da rede. A rede não está funcionando porque cada um não está fazendo a sua parte (EP-4, p.38).

É identificado que cada setor divida o serviço, de modo que ele fique compartimentalizado. Nesse sentido, não há o caráter de rede, mas o de compartimentos, causando, então, a falta de intersetorialidade. No entanto, se torna importante compreender que trabalhar em rede não seria um fazer o serviço do “outro”, “para o outro”, mas “com o outro”.

É reconhecido que a rede fragmentada e desarticulada acaba compartimentalizando o cuidado, o que faz com que os resultados sejam lentos, não tão efetivos como poderiam ser. No entanto, observou-se ainda falta de pertencimento da equipe pedagógica enquanto componentes da rede. Em suas falas eles citam “a rede” como quem presta o serviço, que trabalha “para” e não “com”, tanto que ao solicitar à Equipe Pedagógica quais equipamentos compõem a rede, nenhum profissional lembrou-se de citar a educação. Observe as falas:

[...] foi passado o nome dele pra rede, a rede não me deu retorno (EP-9, p.38).

[...] o compromisso não está sendo cumprido por cada um, né, então se todo mundo levasse a sério, se todo mundo fizesse a sua parte da melhor maneira possível, né (EP-4, p.39).

Esta última citação é de uma participante em que sua fala é direcionada à rede como se ela não fizesse parte dela; ela, inclusive, participou apenas do primeiro encontro da Equipe Pedagógica. Sendo este um espaço que objetivou o diagnóstico e identificação de estratégias para otimização da rede, visualiza-se a falta de empoderamento e sentido de pertencimento da profissional enquanto componente da rede.

A importância do pertencimento foi apresentada na fala da MP4 a qual havia assumido, se não a coordenação, a condução da rede de proteção à criança e ao adolescente (refere-se aqui, às reuniões da rede, anteriores a esta pesquisa). Mas que por traçar uma luta quase que solitária, sendo inclusive pontuada quanto apresentar-se desmotivada, desanimada com a falta de apoio e comprometimento de todos.

[...], é, mas digo... algo que fosse, que fosse uma coisa que todo mundo se sentisse pertencente e responsável por aquilo (MP-4, P.6)

Foi necessário o diagnóstico para poder identificar as complexidades envolvidas no fracasso da rede de proteção à criança e ao adolescente, e o pertencimento é um dos pontos-chaves para esta compreensão.

O pertencimento, portanto, foi identificado como algo necessário para o fluir da rede, visto que alguns profissionais falam da rede como se não fizessem parte dela. Ao apontar sobre como as equipes estabelecem suas relações, o Ministério da Saúde, atenta sobre o fato de que isto faz “[...] toda a diferença no trabalho em rede. Se as aproximações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria” (Ministério da Saúde, 2013, p.24).

No entanto, ainda que falha, a Secretaria da Educação, Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social acabam interagindo mais do que com as outras secretarias, o que corresponde ao identificado no início das discussões sobre a organização da rede quanto à existência de serviços e inexistência de articulação. Poderíamos denominar tal fato como uma rede fria.

Ao discutir sobre a organização da rede, surgem indicadores de patologização, visto que uma rede desorganizada e desarticulada favorece a patologização. Serão citados os mais relevantes a fim de situar o leitor de modo a entender que desde o início da pesquisa surgiram indicadores de patologização no município.

O primeiro aponta para os encaminhamentos inconsistentes decorrentes da falha na organização do fluxo de encaminhamentos. De acordo com os relatos, o fluxo de atendimento da demanda emergida no ambiente escolar, deveria iniciar pela solicitação da professora, ou, no caso de algum pai fazer a solicitação a ela. Nesse caso, ela deveria fazer as observações, e em seguida passar para a pedagoga da escola que essa entraria em contato com a psicopedagoga ou psicóloga escolar de acordo com a organização que elas, enquanto profissionais, definiram. No entanto, foi informado pela equipe pedagógica que em uma das escolas isso não está acontecendo; crianças estão sendo encaminhadas sem mesmo passar pela avaliação da equipe pedagógica da Secretaria de Educação, ou sem ter uma observação mais apurada, o que gera desconforto nos profissionais da Secretaria de Educação, conforme relato,

Falha porque daí foge totalmente da rota sabe, porque aí nós procuramos -trabalhar em equipe grupo e daí tem um pouco de resistência (...) aí há

falha de comunicação, também, é super ruim, é chato, aí você liga o aluno tem, ah não sei, (...) é muito chato é uma situação muito chata (EP-2, p.52).

Conforme os relatos, não havendo um fluxo organizado, em que as crianças que apresentam dificuldades na escola sejam primeiro observadas pela equipe pedagógica, pela psicóloga escolar, acabam sendo encaminhadas para psiquiatra, neurologista sem observação do contexto em que a criança está inserida. Em decorrência disso, geralmente voltam diagnosticadas e medicadas.

O segundo indicador expõe a falta de articulação e comunicação entre os profissionais da Secretaria de Educação quanto aos encaminhamentos para a sala de recursos multifuncionais. Tal fato está automaticamente ligado ao terceiro indicador referente ao não cumprimento das normativas com relação às adaptações curriculares, que, por sua vez, colaboram para os encaminhamentos inconsistentes e para a patologização. Nesse contexto, se identifica um conflito existente nesse ambiente: há tentativas por parte de alguns professores em encaminhar crianças com dificuldade para a sala de recursos multifuncionais, sem tentar fazer um trabalho pedagógico diferenciado, acreditando que algumas crianças não necessitariam deste encaminhamento. É apontado que,

[...] primeiro esgota-se todas as possibilidades da melhora daquele aluno, mas não, ah vai pra sala de recurso. Mas e o que que eu fiz pra aquele aluno melhorar, pra superar aquela dificuldade? Eu fiz uma atividade diferenciada? Eu fiz uma prova diferenciada? (EP-9, p.53)

Há uma banalização do que é reforço do que é recurso. (EP-2,p.53)
Qualquer troca de letra vai pra sala de recurso (EP-3, p.53)

A preocupação concernente aos encaminhamentos sem consistência apareceu, também, neste primeiro encontro da equipe multiprofissional, conforme pode ser visto no comentário a seguir,

Não é minha função né, eu escuto bastante isto, até teve um caso que eu estava olhando esta semana, eu falei pro professor (...) o que você fez pra ajudar esta criança, qual foi a tua atitude, porque as provas foram todas iguais e não devem ser, a tua posição enquanto professor foi igual e não deve ser, o que você fez frente a esta situação? daí pois é não sei o que, não sei o que, entende, então eu vejo assim, (...) eu vejo que jogam muito só pra mim e para a psicóloga, como se fosse nós a solução praquele problema (EP-11, p.18).

Neste mesmo sentido, foi apontado pelo grupo EP que as adaptações curriculares não estão sendo colocadas em prática por alguns professores, prejudicando aqueles alunos que precisam de atenção pedagógica diferenciada,

Sabe, daí eles querem que seja uma turma única, que aquele aluno progrida como os demais, mas às vezes eles não fazem nada mesmo, sabendo que o fato de trazer este aluno pra frente, de fazer uma prova oral, ele vai ele progride, e ele tem direito a isto, né, só que daí vem aquela cobrança, vai porque se não tem que, olha semana passada uma escola de todo este ano letivo a escola foi procurar pra fazer avaliação pedagógica numa aluna, eu disse não porque, a porque ela está com dificuldade e ela vai reprovar nós precisamos justificar isto pra mãe mas o que foi feito durante o ano letivo se a professora não percebeu e se agora ela vai ter que fazer justificativa pra mãe, então é bem delicado, né tudo isto (EP-2, p.51).

Tira a adaptação do curricular do papel e faz a adaptação curricular valer, porque só papel (EP-4, p.54).

As falas dos profissionais mostram o fato de que, ao se trabalhar com os alunos, o encaminhamento torna-se desnecessário, como é o caso das profissionais de escolas de distritos que não encaminham à sala de recursos, devido à distância e relataram que estão dando conta dos casos em que os alunos apresentam dificuldades através de um trabalho diferenciado:

Nós trabalhamos de forma diferenciada, nós temos que dar um jeito (EP-6, p.54)

Tal fato faz refletir sobre a possibilidade de um trabalho diferenciado e consequente resultado positivo sem a necessidade do encaminhamento para a sala recursos.

Contudo, há, porém, a atuação de profissionais com objetivo de atentar a este empoderamento através de cursos voltados para o entendimento do professor sobre a criança, conforme relata a profissional que vem desenvolvendo um curso aos professores voltado para a necessidade de um olhar estendido aos alunos,

[...] que elas precisam estar abertas e prontas, pra acolher esta criança (MP-9, p.19).

Por fim, o quarto indicador aponta para a medicalização de forma a mostrar uma crença no discurso médico, em que se evidencia falta de crítica com relação ao uso de medicamentos, ou, ainda, abuso de medicação. Diz-se falta de crítica, por entender que alguns dos profissionais, principalmente no tocante aos professores – visto que é da escola que partem, em sua maioria, os encaminhamentos – não

percebem a gravidade do consumo de medicação, caso essa seja indicada de forma indevida. Crentes em um discurso ideológico, evidencia-se a crença no discurso médico ao falar sobre os encaminhamentos para a neurologista. Tem-se a seguir, recortes da fala de uma das profissionais:

[...] às vezes eles dão um remedinho e vão fazendo a investigação e a gente tem tudo documentado nas pastas, tudo documentado (EP-7, p.48).

Ao questionar que “vitamina” seria essa, vem a resposta:

Nootron, eles falam que é uma vitamina, que eles dão, (...) a farmacêutica falou que realmente é uma vitamina. Este nootron é uma vitamina. Não é antidepressivo, não é remédio mais forte, mas nós temos alunos também que tomam (EP7, p.49).

Conforme se apresenta o relato da EP, entende-se que a mesma desconhece o medicamento e suas conseqüências, quanto ao termo “vitamina” utilizado por ela, confirma a crença na medicação como algo benéfico.

No que se refere à avaliação deste primeiro encontro, em relação ao MP, foi identificado como um espaço de troca, em que se observou bastante dúvida entre os participantes quanto aos outros serviços. Foi realizada uma explanação sobre os setores, oportunizando o esclarecimento, a revelação e reconhecimento dos equipamentos. Os profissionais reconhecem a desorganização da rede, mas mostram-se motivados para este diagnóstico. Como já havia uma relação iniciada entre todos, foi possível perceber a motivação, ou sua inexistência, ou até mesmo a redução de mecanismos de defesa, em que os participantes apresentaram-se sem receio de colocar suas questões, e ansiosos em partilhar angústias, dificuldades e potencialidades.

Já no grupo EP foi percebido desesperança com relação à rede. No entanto, percebeu-se a falta de pertencimento enquanto rede. Percebeu-se, também, a demonstração de mecanismos de defesa quanto ao fato de se trabalhar questões pertinentes à organização do serviço, atividades, apontando para o gerenciamento que será discutido mais à frente. Acredita-se que os mecanismos de defesa não foram observados no grupo MP, supracitado, pelo fato de haver uma proximidade maior entre eles nas reuniões da Rede de Proteção da qual a maioria dos componentes fizeram-se presentes.

A setorialidade, fragmentação, compartimentalização são características visíveis dessa rede deixando uma lacuna entre as outras secretarias, como se fosse mundos diferentes. Diante do exposto, compreende-se que não há um serviço organizado, não sendo identificado nem mesmo um serviço rede.

5.2- FORMAÇÃO

Quanto à formação, foi intenção conhecer a formação dos profissionais, bem como, o conhecimento e empoderamento sobre as políticas públicas voltadas ao “cuidado” quanto à criança e ao adolescente. Foram identificados os seguintes núcleos de sentido: formação disciplinarizante, pouca relação universidade x comunidade e formação voltada para avaliação e diagnóstico, conforme apresentado no quadro 7:

QUADRO 7– Formação

Formação (conhecer a formação dos profissionais)				
Núcleos de sentidos	MP1	...	MP10	Síntese Horizontal
Formação inicial disciplinarizante				Formação teórica, disciplinarizante, tendência a compartimentalizar o conhecimento.
Pouca relação universidade x comunidade				Falta de orientação na universidade quanto às políticas públicas.
Voltada para avaliação e diagnóstico				A formação voltou-se mais para avaliação e diagnóstico o que contribui para patologização.
Formação continuada disciplinarizante				Segue a lógica da especialização, o que favorece a setorialização.
Síntese vertical				

5.2.1 Formação Inicial Disciplinarizante

No que se refere à formação inicial identificou-se que a maioria dos profissionais que compõem a rede tiveram em sua formação característica teórica disciplinarizante, com pouca, se não nenhuma, abertura para trocas de conhecimento para como outras disciplinas. Nesse sentido, há, na maioria dos cursos, o direcionamento para algumas especificidades. Isso pode ser identificado nas falas dos participantes:

Que eu vejo assim, na formação é bem teórico mesmo né (MP-6, p.88).

Muito teórico (...) voltado para a psicanálise (EP-2, p.111).

[...] na minha eu não vi nada, porque, porque era psicanálise, psicanálise, psicanálise, eu tive psicopatologia, desenvolvimento no primeiro ano, no segundo ano e assim vai e depois a neuro, anatomia eu tive um ano, mas a prática escolar não; é depois no dia a dia[...] (MP-10, p.99).

Ao considerar que a formação pouco possibilita a troca de conhecimento entre as disciplinas, demonstrado não ser apenas característica do ensino superior, observa-se que isto acontece desde a educação infantil, conforme relato:

De 1º ao 4º é possível mas de 5º a 8º no ensino médio é muito difícil porque eu vejo por mim, em história e geografia ou sociologia eu consigo conciliar o conteúdos, até mesmo a filosofia, mas química física, não (EP-6, p.114).

Eu vou negar daí, ao meu aluno o direito dele aprender aquelas fórmulas que vai ser exigido dele lá na frente pra formação dele, pra ele fazer uma especialização ou mesmo uma graduação na universidade (EP-6, p.115).

5.2.2 Pouca Relação: Universidade X Comunidade

Outro ponto discutido foi sobre a formação universitária acabar voltando-se para a teoria, faltando articulação com a prática. Nesse sentido, identifica-se a pouca relação universidade x comunidade. Como exemplo segue o relato de algumas profissionais de serviço social:

Então eu optei fazer meu estágio na área da saúde, porque a faculdade não me trazia nada, pra eu poder ter uma proximidade, porque a faculdade não trazia como é o trabalho na saúde, né (MP-6, p.88).

Só relatando, realmente esta troca de conhecimento a gente tende a aprender cada vez mais porque, assim, porque na nossa formação em assistência social, saúde, nada, né (MP-2,p.88).

Ao levar em consideração a disciplinarização e a falta de relação Universidade/Comunidade, a falta de orientação na Universidade quanto às políticas públicas mostra-se uma falha que reflete na prática profissional. Considerando que a formação pouco possibilita a troca de conhecimento entre as disciplinas, compreende-se que a disciplinarização favorece à compartimentalização do conhecimento, como aponta o relato a seguir:

[...] eu trouxe isto em várias reuniões de que a gente precisaria estar se reunindo e estudando sobre as secretarias e passando pro outro, porque eu cheguei a deixar bem claro, se hoje eu fosse trabalhar no CRAS ou na saúde, eu não sei por onde eu iria começar, assim como quando eu entrei na educação que eu também não sabia e buscando né, a gente vai, então [...] (MP-9, p.93).

Desta forma, é deduzido que a disciplinarização favorece a fragmentação do conhecimento, que por sua vez, na prática, gera a setorialização e a falta de articulação. Compreendendo, portanto, que a formação está muito mais voltada à especialização, setorialização, a interdisciplinaridade é, ainda, algo distante da realidade.

5.2.3 Voltada Para Avaliação e Diagnóstico

Identificou-se ainda, de acordo com os relatos, que a formação dos profissionais voltaram-se para a avaliação e diagnóstico, focando no normal e no patológico, como segue a afirmação:

[...] eu vejo que a formação é muito mais voltada pra diagnosticar, identificar desvios, identificar patologias e o sujeito acaba sendo um pouco apagado, né (MP-8, p.91).

Neste ponto, o que se observa é que a atenção voltada à criança com dificuldades segue com prevalência à visão e prática biologizante, nesse caso, tendendo à avaliação e diagnóstico como referência, em que as disciplinas, quando

voltadas para o comportamento ou dificuldades de aprendizagem, seguem a lógica saúde *versus* doença.

Confere-se ao neurologista e ao psiquiatra a razão máxima e indiscutível do saber. Ao psicólogo e ao pedagogo, o poder da avaliação. Tal fato se reitera no relato da profissional que citou a dificuldade de mudar o entendimento dos profissionais da educação, quanto ao papel do psicólogo escolar, o qual, até então era visto como “avaliador”. Conforme segue,

[...] tanto que o que eu bato de frente nas escolas é esta questão porque o que os professores hoje querem é que seja feito uma avaliação, que esteja lá na pasta do aluno aquela avaliação, que esteja dizendo lá naquela pasta do aluno algo dizendo se ele é hiperativo se ele é isto ou aquilo só pra rotular (MP-9,p.77-78).

Orientando-se pela pedagogia clínica, entende-se que quando o entendimento da atenção do profissional psicólogo, pedagogo, na escola, volta-se para o diagnóstico, esse favorece a patologização. Um exemplo discutido foi o uso da testagem. Sabe-se que a testagem é um instrumento de avaliação psicológica, no entanto, o seu uso, quando isolado, sem contextualização, pode rotular a criança, podendo trazer danos significativos na produção de destruição da sua subjetividade.

Um dos participantes, ao citar que a sua formação se opôs aos demais, sendo entendida como mais crítica, voltada para as potencialidades e não para as dificuldades, citou seu parecer quanto ao uso isolado da testagem,

[...] sabe de pegar um teste e avaliar ele solto, eles sempre foram todos muito críticos com relação à forma que você vai estar recebendo a pessoa, qualquer que seja o tipo da demanda, a avaliação nunca focado na testagem, assim, testagem e diagnóstico testagem e diagnóstico (MP-3, p.77).

A discussão sobre a testagem acabou provocando uma outra discussão em que acabou por apontar indicadores de patologização. O que pode ser percebido foi que, por trás das cortinas do cenário da educação, o gerenciamento, pautado em uma pretensão tecnicista, que se preocupa em buscar índices de resultados (voltando-se mais a preservar números do que a qualidade), acaba por inserir nos gestores um discurso ideológico a fim de garantir estratégias de atuação de gerenciamento. Alguns não percebem, outros até compreendem, mas não dão conta de ir contra o sistema imposto, visto que ele é legitimado através das políticas públicas. Vejamos como exemplo o relato a seguir:

[...] vou defender a questão da escola (risos) não tem to no meio termo ali, **esta questão da testagem pra escola é uma questão de política pública entende**, porque pra você fazer um encaminhamento pra sala de recurso você precisa, vamos dizer, desta avaliação e aí o que acontece, muitas vezes, eu me peguei muito nisto também porque ta, se eu não fizer uma avaliação, um teste, porque é uma determinação, porque eu, enquanto psicóloga, digo: vamos tentar mais um pouquinho. Mas às vezes você deixa de dar assessoria pra esta criança que ele poderia ter um atalho um recurso maior (MP-5, p.78).

Conforme a fala da MP-5, profissional que cumpre suas obrigações de gestora, a avaliação psicológica surge como instrumento que garante o cumprimento das instruções que regulamentam o encaminhamento de uma criança para a sala de recursos. No entanto, essa discussão trouxe algumas reflexões sobre a necessidade da inclusão de alunos na sala de recursos multifuncional. Vejamos o exemplo de um profissional que pontuou o relato que outra profissional trouxe em relação à experiência por ela vivenciada em uma escola da qual ela foi escolhida a dedo para compor a equipe pedagógica, uma vez que o número de crianças com supostas dificuldades era elevado. Entretanto, ao fazer as avaliações, constatou-se que, em sua maioria, os encaminhamentos não condiziam com diagnósticos de dificuldades de aprendizagem, nem com algo que apontasse para uma dificuldade da criança em específico. Nesse sentido, EP3 relata:

Eu fiquei pensando nisto que você acabou de falar e no primeiro encontro em que a S. falou porque que ela foi colocada na escola X diante de todas as escolas do município e daí ela mesma falou das características do bairro da comunidade, é ou não é N. A maior demanda de você, lá de avaliação, porque, porque aquela escola? Oque que aquelas crianças tem de diferente? Será que todas têm dificuldade de aprendizado?(...) Oque que tem naquela escola que todas as crianças têm dificuldade de aprendizado? O que que tem naquele bairro que todas as crianças têm dificuldade de aprendizado? E aí entra o psicólogo com o seu poder de testagem e testa geral. É...realmente todos tem dificuldade de aprendizado, o que que o psicólogo está fazendo? Reforçando um estereótipo, reforçando a questão da dificuldade da criança que não é da criança então por isto que nós psicólogos temos que ter um papel crítico sim, crítico de questionar, que nem o trabalho da N. com os professores é muito melhor é muito mais válido. A questão que você falou, precisa de testagem pra mandar pra sala de recurso, é, mas o que que tá fazendo isto? De certa forma, está dando foco ou será que não? Porque daí abre-se sala de recurso ao invés de você batalhar pra diminuir o número de alunos dentro de uma sala pro professor ter condições de trabalhar dentro de uma sala com qualidade, né (MP-3, p.80).

Pode-se perceber que, através da reflexão crítica deste profissional, foi conduzida a observação de modo que o grupo pudesse refletir juntamente a ele no sentido de entender o quanto os profissionais, no dia a dia, buscam dar conta de um

sistema que exige da escola certa produtividade, um resultado de rendimento do aluno, do qual o próprio sistema de ensino não oferece condições. Compreende-se a necessidade da gestora que, conforme relato objetiva ajudar a criança que precisa de um atendimento diferenciado. A questão é: o que se tem a oferecer quanto ao atendimento diferenciado, a sala de recurso? E porque não se oferece mais professores em sala de aula?

A fala do MP-3, citada no discurso acima, vem reforçar a contribuição quanto ao olhar crítico referente à avaliação. MP11, que havia trazido a experiência, completou o seu desabafo,

[...] eu percebo, até que ponto, né, é do bairro, até que ponto os próprios profissionais que trabalham em determinada escola já rotularam o bairro, não a escola, mas o bairro, entende?! Porque teve crianças que eu mandei pra sala, mudou um pouquinho a metodologia. Tirou 10, nunca tirou 10, daí eu falei, pois é... viu como é um erro a gente rotular a criança sem ter até mesmo um respaldo de um profissional, né... uma avaliação?! Mas neste caso eu nem precisei fazer avaliação MP-11, p.81).

O relato acima aponta para uma falha metodológica, no entanto, conforme relato da profissional, o foco da dificuldade acaba recaindo sobre o aluno,

[...] porque que a demanda tá muito grande. Por causa disto, porque se observa qualquer dificuldade em sala de aula, pronto, vai pra fila de avaliação. Eu vejo porque a minha demanda é assim, aí eu chamo a criança, tenho o contato com a criança não é bem isto que precisava acontecer era apenas questão metodológica, entende?! Então até que ponto é necessário esta avaliação?! (MP-11, p.81).

Nesse sentido, a escola se exime das responsabilidades, que passam a ser designadas ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, mas que se apontem para algo que não, o método pedagógico.

É neste cenário, em que se pode identificar a inconsistência dos encaminhamentos para avaliação, seja psicológica, psicopedagógica, ou neurológica, que a patologização se reproduz. É evidente que em meio a este processo há fatores tecnicistas, baseados na produtividade em que os professores precisam corresponder a números estabelecidos e resultados esperados, somando-se a falta de recurso físico, humano, acabam por sobrecarregar o professor e o desfavorecer no desenvolvimento e na qualidade de suas atividades, considerando as dificuldades encontradas pelos professores em um sistema que não lhe oferece

condições dignas no dia a dia de suas práticas escolares. Assunto este, que será melhor explanado no capítulo de discussões.

5. 2.4 Formação Continuada Disciplinarizante

No que se refere à formação continuada, identificou-se que ela segue a lógica das especializações, mantendo a disciplinarização – o que desfavorece a troca de conhecimento e reforça a setorialização. Foi, nesse sentido, possível confrontar os dados com questionários respondidos pelos profissionais, em que se confirmou que, em sua maioria, os profissionais são especializados, havendo alguns com mais de duas especializações. No entanto, a equipe MP relatou sentirem-se desmotivados a buscar capacitações, uma vez que não existe no município um plano de carreira que contemple um plano de cargos e salários condizentes com o existente em municípios vizinhos. Tal fato pode ser percebido nos seguintes depoimentos:

[...] só que daí que incentivo você tem?! A gente sabe do que a gente precisava, preciso, preciso fazer pós, preciso estudar, mas tudo você por você mesmo, pra melhorar tua auto-estima mesmo, porque [...] (MP4, p.94).

Mas eu vejo assim de se pensar que você prefira uma pessoa que tenha só graduação, eu prefiro que você não estude, né?! Porque é óbvio porque não tem incentivo nenhum da gestão né, de, não digo a gestão o prefeito, mas eu digo a prefeitura mesmo (MP4, p.97).

O descontentamento identificado na fala de MP4 foi unânime no que se refere à equipe MP, ao se considerar que a formação continuada, quando não limitada à disciplinarização, volta-se para a setorialização através das políticas públicas. Contudo, o profissional, não participando das capacitações, acaba desconhecendo as políticas públicas, o que pode influenciar na falta de empoderamento quanto às políticas do setor em que atua, conforme será apresentado no capítulo a seguir.

Uma observação torna-se importante fazer, é o fato de que a formação, tanto inicial quanto a continuada, como se pode perceber, sendo disciplinarizante, gera a fragmentação do saber, que, por sua vez, desencadeia a falta de articulação e comunicação entre os setores. Nesse sentido, os profissionais não atentam para a importância do conhecimento sobre as outras práticas. Assim, não há empoderamento quanto componente de uma rede, mas de secretarias, de setores, o que favorece à patologização. A troca de conhecimento através de um espaço de

articulação entre os setores seria a possibilidade de contribuir para a despatologização.

5-3 Prescrito Versus Real

Ao buscar identificar se o prescrito é condizente com a prática cotidiana, ou seja, com o real, foi possível perceber os seguintes núcleos de sentidos: a) que o prescrito não é condizente com o real; b) que as políticas públicas voltam-se para o gerenciamento, favorecendo as ideologias. Esse é ligado estritamente ao primeiro núcleo, mas merece discussão voltada ao tema, e apresenta ainda a falta de entendimento quanto às políticas públicas por profissionais e gestores. Isso pode ser observado no Quadro 8:

QUADRO 8– PRESCRITO X REALIDADE

Prescrito x Realidade G-MP (compreensão das políticas públicas e prática)				
Núcleos de sentidos	MP1	...	MP10	Síntese Horizontal
Não é condizente com a realidade				A discussão voltou-se para as legislações e instruções que na prática não acontecem, e/ou que se contradizem.
Voltada para o gerenciamento				Volta-se para a garantia do sistema tecnicista que se baseia em resultados numéricos, não visa à qualidade do ensino e a garantia de direito das crianças.
Entendimento sobre as políticas públicas				O entendimento quanto às políticas públicas demonstra ser necessário para a garantia de direitos dos servidores e principalmente das crianças, visto que as crianças se beneficiam dos serviços organizados e de qualidade.
Síntese vertical				

5.3.1 Não condiz com a realidade

No que se refere ao fato das políticas públicas favorecerem as ideologias, de modo geral, foi enfatizado a política de educação, a qual se volta para a garantia dos índices e resultados da qualidade da educação. Contudo, não garantem, no dia a dia, as condições necessárias para tal qualidade, não sendo condizente com a realidade.

No que concerne às políticas de saúde, especificamente a saúde mental, um dos temas em foco neste estudo, tem-se como base a lei 10.216, de 2001, a qual dispõe acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, com as diretrizes das RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a formulação da política de saúde mental atual torna-se apaixonante. No entanto, é uma política da qual ainda beneficia municípios de médio e grande porte, não havendo recurso aos municípios de pequeno porte que não contemplam o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde Da Família) Nesse sentido, o desenvolvimento do cuidado, feito de acordo com a política de saúde mental, realizado pelos municípios, é visto como práticas exitosas, pois dependem de muita dedicação dos profissionais e, principalmente, do custeio da gestão em relação ao programa na atenção básica. Assim, tem de se pensar na ampliação dos recursos humanos, para que se tenha assistente social, psicólogo, a fim de dar suporte às equipes de estratégia da saúde da família e recurso financeiro aos municípios que não contemplam o NASF.

No que se refere às políticas de assistência social, voltadas também para a garantia de direitos do usuário, elas são criticadas por não empoderar o usuário de tal direito e, ainda, por manter os resquícios de uma política assistencialista. Quanto à Secretaria da Cultura, pode-se dizer que ocupa um espaço de grande importância na rede. Porém, ela mostra-se quase que invisível no dia a dia no que tange à rede de cuidado à criança e ao adolescente, em que os recursos do governo também se voltam apenas para municípios de grande e médio porte. Dessa maneira, compreende-se que o prescrito não condiz com a realidade.

5.3.2 Gerenciamento

No que concerne ao gerenciamento, ele pode ser entendido como uma prática de gestão tecnicista orientada pelo sistema, e que visa resultados numéricos a fim de garantir o sistema, acima da qualidade do ensino e da garantia de direito das crianças e mesmo dos professores e equipe pedagógica. A discussão é direcionada para as legislações do Núcleo de Educação, em específico, as salas de recursos e as adaptações curriculares.

Neste mesmo contexto de produção de patologização, as adaptações curriculares demonstram não condizer com o prescrito, pontualmente, pelo fato de o sistema não garantir a sua aplicabilidade, pois aponta para o descaso do sistema quanto à garantia da qualidade do ensino. Salienta-se, aqui, então, o relato de uma profissional que assume o cargo de gestão de uma escola. Ao citar que a escola vem trabalhando com um número de alunos acima do previsto, aponta para a realidade em que essas crianças chegam ao ensino médio, por meio de uma política de “empurrão curricular” (MP5, p.178), como ela mesma define, por considerar que as adaptações curriculares não são colocadas em prática, e, em consequência, cabe ao aluno a sua inserção na sala de recursos.

(...) numa sala de 6º ano uma criança que não está alfabetizada no sexto ano é complicado né então já neste caso a gente não tem mais por onde e como recorrer, precisa por na sala de recurso pra pelo menos você não terminar de matar esta criança, dentro de uma sala de aula né, porque não tem como você iniciar um processo de alfabetização (MP5, p.82)

O relato acima, nos faz refletir sobre dois pontos: o primeiro se refere ao fato das adaptações curriculares não estarem sendo colocadas em prática, outro é sobre o espaço que a sala de recurso ocupa.

A adaptação curricular tem em sua proposta um conjunto de ações e providências de recursos que visam um ensino que garanta as especificidades de cada aluno. No entanto, na prática, apontam-se falhas problematizadas na fala da EP-5:

Em sala de aula é feita adaptação curricular, mas só tem assim, falha, uma questão velada ali de vamos pelo menos, é este amuleto que a gente consegue pra ir passando vamos dizer, porque daí eu me questiono – e é o questionamento dos professores – como que uma criança do sexto ano... Como que eu vou falar que ele pode passar para o sétimo ano? Eu vou estar sendo honesta com quem? (EP-5, p.82).

O relato acima nos faz refletir sobre dois pontos, o primeiro é quanto ao fato de as adaptações curriculares não estarem sendo colocadas em prática. Em segundo lugar, que ele serve de recurso para justificar ações que garantam a permanência dos índices da escola quanto ao IDEB, como melhor explanado no tema patologização. O que cabe discutir aqui é que, considerando que o sistema exige resultados obtidos através do IDEB, a questão que se coloca aqui é: o diagnóstico sugere amuleto de quem? Da criança, ou da escola que precisa justificar o atraso do aluno? Mas, e o sistema, ele está dando condições à escola e ao aluno quanto às especificidades de cada um? Porque pelo que se observa, as necessidades a serem atendidas são a do sistema, da escola que precisa corresponder a esse sistema, ou seja, para responder aos resultados e metas estabelecidos pelo Ministério da Educação. A analogia “olho e vejo” cabe exatamente neste ponto da discussão: e as crianças, e as necessidades das crianças e adolescentes são vistas?

No que se refere à sala de recursos, de forma geral, a maioria dos profissionais demonstraram compreendê-la como um espaço de possibilidades para as crianças que apresentam dificuldades. Nesse sentido, seria conferido a ela, “o recurso”, conforme o próprio nome atribuído. Mas ao contextualizar com as falas dos participantes que temem sua vivência a prática profissional nas escolas, e que expuseram as dificuldades encontradas no dia a dia, principalmente no que tange aos recursos humanos, compreende-se que as salas de recursos vêm preencher a lacuna metodológica que não é ofertada nas salas de aulas regulares devido às inúmeras falhas que o sistema não garante às escolas. Ou seja, o programa de implantação das salas de recursos multifuncionais, mascara a falha do sistema.

Nesse âmbito, surgem questões como: existem professores suficientes para dar conta da demanda? A resposta fornecida pelos profissionais nesta pesquisa é contundente: não. Há capacitação, sensibilização destes profissionais? Pelo que já foi exposto, não! Os trabalhos que existem, como o citado pela profissional no município, pode ser considerado como prática exitosa. Há recursos pedagógicos que possibilitem este diferencial? Não. Que lugar a sala de recursos ocupa na escola? Não estaria, na prática, ocupando o espaço de um “depósito” de alunos com dificuldades? Quando se discutiu a organização da rede, algumas profissionais afirmaram que se tem encaminhado alunos para as salas de recursos, porém, caso houvesse uma mudança na metodologia, possibilitaria conquistas e se evitaria o

encaminhamento. Vejamos o que umas das profissionais pontuaram sobre as normativas da sala de recurso,

[...] tem agora o processo, né?! Que chama processo de sondagem, que tem até dois anos pra criança que apresenta uma dificuldade acentuada, então tem até dois anos pra que ela possa ir pra sala de recurso, o professor de recurso juntamente com a professora da sala regular vendo esta criança está superando estas dificuldades ou não. Se de repente precisa de um encaminhamento mais afundo e aí só que essa é a digamos a indicação do último encontro da (...) SEED, porém a própria SEED se contradiz, porque na instrução da sala de recurso diz que o aluno só pode frequentar se tiver matrícula, pra ter matrícula tem que ter avaliação, entende? Então são algumas exigências de políticas públicas que, como a L. fala muitas vezes, bate de frente com esta questão da psicologia (MP-9, p.78).

A pergunta que se faz é, o que levou a SEED a citar um período de sondagem? Isso contradiz a própria exigência quanto à necessidade de matrícula. Estariam as salas de recurso tendo um bombardeio de encaminhamentos como foi apontado na discussão? No relato da MP-9, ela afirma que a avaliação psicológica no contexto escolar é uma necessidade a fim de corresponder às instruções do plano nacional de ensino, principalmente quando se tem que fazer diagnóstico precoce.

5.3.3 Entendimento Sobre As Políticas Públicas

Quanto à fragmentação do conhecimento, volta-se, neste ponto da discussão, para o conhecimento das políticas públicas, em que foi possível identificar a sua fragmentação, uma vez que, em decorrência de uma formação disciplinarizante, voltado para a teoria, estando as políticas públicas mais ligadas à prática do que à formação, o profissional demonstrou obter um conhecimento voltado para o seu setor. No entanto, descontextualizado dos setores que compõem a rede, setor do qual foi inserido profissionalmente, como no exemplo já citado em que uma das profissionais afirmou que se fosse mudar de setor não saberia o que fazer primeiro, o profissional desconhece como seria sua atuação em outras Secretarias. No entanto, isso não se dá apenas referente à sua formação, mas à política, às normativas que regem cada setor. Entende-se, portanto, que seu conhecimento em relação às políticas públicas é limitado.

Na ocasião houve o exemplo da profissional da Secretaria da Saúde que, por mais de 12 meses, acabou atendendo sozinha a demanda que era responsabilidade da Proteção Social Especial ligada à gestão da Secretaria da Família e Assistência Social. Ao descobrir a Tipificação da Assistência Social, entendeu que a sua sobrecarga era devido a ela estar fazendo atendimento que competia à Secretaria da Assistência, e que, ao lutar pelos direitos através de uma mobilização junto aos outros profissionais, acabaram por conseguir a contratação, via concurso, de um profissional do serviço social e psicólogo para a Secretaria da família e Assistência Social. Diante da fragmentação do conhecimento, refletimos que o trabalho intersetorial, interdisciplinar, não implica em um fazer o trabalho *para* o outro, mas *como* outro. É na troca de conhecimento e de ações que se dá a intersetorialidade, não na cobertura de falhas às custas da sobrecarga de outros profissionais.

Outro ponto citado é quanto ao desconhecimento do gestor no que concerne à função dos profissionais com vistas ao trabalho a ser desenvolvido, desde as demandas pertinentes a cada profissional, até as condições de trabalho. Isso faz refletir sobre a importância do profissional buscar se interar de seus direitos e deveres, de buscar nas instruções e normativas que regem seu serviço, a fim de garantir o seu direito, como servidor e o dos usuários, que se beneficiarão através de um serviço organizado.

[...] Isto entra naquilo que eu falei do conhecimento, daquilo que rege vocês, porque o que a política pública (...) eu acho que o vínculo com o município, por tudo que foi discutido hoje, aquilo que está dizendo não é aquilo que está acontecendo, vocês estão se afogando num mar, tentando sobreviver, por falta daquilo que esta regendo né, também (EP-5,p.101).

Eu cheguei a essa conclusão também, que a L. comentou, né, que até que ponto, muitas vezes foi tão pregado isto que eles não têm o conhecimento, a gente precisa se embasar mais, ter mais conhecimento pra daí a gente estar mostrando só que sozinho é tão difícil (EP-9,p.102).

Pelo que foi apontado na pesquisa, tanto os servidores, quanto a gestão, apresentam um conhecimento limitado quanto às políticas públicas. Acredita-se que isto reflete no cuidado, pois é nessa lacuna decorrente da fragmentação do conhecimento, da falta de comunicação, que a desarticulação se apresenta, favorecendo, por sua vez, a patologização. É importante, nesse sentido, organizar os setores e buscar um serviço intersetorial como cita a MP7,

Eu percebi, talvez a Duda sabe relatar melhor...quando eu entrei, a gente começou a conversar de começar a organizar um pouco os serviços, né?! Porque é de uma mistura muito grande, né?! Não existia uma clareza na nossa secretaria do que era proteção básica, proteção especial, daí uma mistura. E com o tempo e isto foi clareando a gente foi conversando e separando as coisas né porque eu percebia que o pessoal na recepção não sabia identificar. Tudo o que vinha era atendido né, e hoje eles já sabem, não isto é do CRAS porque eu falo não é nosso, então quando você começa a separar os serviços a começa a separar esta demanda grande, no caso de trabalho que não é seu. Então assim, aos poucos vai organizando né. Vai melhorando o serviço. (MP7, p.92)

Poder-se-ia questionar através do relato apresentado acima, quanto à organização dos serviços: ao dividir as funções, não se estaria compartimentalizando? A revelação que se faz é, como brevemente já citado, o trabalho intersetorial se faz através da troca, mas é necessário haver os serviços organizados.

Ainda em relação ao entendimento sobre as políticas públicas, foi identificado através da fala de algumas participantes o entendimento quanto às políticas de ensino. Acredita-se ser pertinente apresentar esta discussão, visto que abre espaço para uma nova reflexão da qual mereceria, quem sabe, um estudo voltado a ela, que é o tema da escola da atualidade, bem como das crianças e alunos da atualidade, considerando a delicadeza e complexidade do tema, visto os multifatores envolvidos. Conforme a LDB, a escola tem, enquanto uma de suas funções, o dever de garantir a socialização das crianças, assim como garantir os vínculos familiares com a escola. No entanto, o que se pode observar é que, no entendimento de profissionais da educação, cabe à escola o papel de ensinar, não educar, conforme identificado na fala de EP2:

Acho que foi falado até na semana passada né, qual a questão que eu comentei qual a função da escola que muita vez acaba fugindo né, é diretora que leva aluno no dentista, que acompanhando no médico.(...) Às vezes não é só a criança, os pais vem a escola como lugar de escuta de seus problemas e isto porque a criança vai para a escola e é ali que acaba, apresentando, né, trazendo de casa. Então existe toda esta questão de sistema de conteúdo, de currículo, mas foge né, é uma coisa que eu digo que às vezes que nem assim, **ah é dia dos pais, é dia das mães não é obrigação da escola estar fazendo lembrancinha e isto e aquilo, mas a escola faz (EP-2, p.116).**

Ao considerar que as crianças estão sendo inseridas hoje, aos seis meses de idade, nos CMEIs (Centros Municipais de Educação Infantil) e que a partir dos quatro anos é obrigatória a matrícula das crianças no ensino infantil, e que essas

crianças passam em média de 4 a 9 horas dentro das escolas, visualiza-se a importância do papel da escola enquanto meio de socialização dessa criança. Os apontamentos da professora nos leva a questionar sobre o quanto a escola encontra-se empoderada desta responsabilidade.

Levando em conta a conjuntura atual, problematizando e pontuando a necessidade de uma reavaliação da escola quanto aos seus papéis, o que poderíamos definir como a escola de ontem, em que o objetivo era o ensinar e o contexto atual, em que essas crianças estão inseridas, é necessária uma educação que contemple o que a própria LDB prevê na seção I, capítulo II. A LDB arrola quanto às finalidades da educação básica no que se refere à formação do educando ao exercício da cidadania. Entretanto, aqui não se entra no mérito da discussão quanto às ideologias presentes na continuidade desta disposição, referente ao fornecimento de meios que garantam o trabalho. Diante do exposto, aponta-se para uma reavaliação, readequação do sistema de ensino quanto à demanda que emerge. O relato que segue, apresenta a visão de uma das profissionais no que tange à realidade que se mostra,

Então você imagina a nossa fila que é primeiro na escola como é que está fazendo a volta, então se a do neuro, psiquiatra, pediatra, clínico, psicóloga esta assim, então imagina o nossa da escola como que esta se sai tudo daqui pra lá está muito maior do que o de vocês, porque até onde eu sei o professor era pra ensinar, agora o professor tem que saber um pouco de psicologia, tem que ser um pouco de médico, tem que ser um pouco de pai e mãe, tem que um pouco de 90 por cento de tudo e só um pouquinho de professor. Isto não tem mais tempo, você tem que ser orientador, você tem que ser pai e mãe, você tem que ser professor, você tem que pegar no colo, você tem que agradar, você tem que ouvir pai e mãe, eles vêm e despejam os problemas deles pra gente, a gente tem que ouvir tudo, então professor virou o que, um saco de problema(EP-7, p.162).

Aí você se questiona, quando você vai ao médico, tem que fazer uma cirurgia cardíaca, não eu sou clínico geral eu não faço isto, ortopedista então, não eu atendo a mão não o pé, e daí a escola não, professor não importa se você não é formado em educação especial, se você não tem psicologia, faz uma avaliação, se você não é médico pra fazer avaliação, não é assistente social pra entender o contexto dele, não é fonoaudiólogo pra compreender, não, de um jeitinho ta professor, escola vai lá e veja o que você pode fazer porque na verdade o assunto não ele é capaz de tomar um chute levar a porta com tudo né, que bom o problema está lá dentro, pra quem está dentro da escola é exatamente isto que a gente sente sabe, tudo está na escola, tudo. Não chora gente depois deste discurso (risos) (MP5-p.180)

A questão de ensinar e educar é um assunto que vem sendo discutido por muitos autores (Paulo Freire, Ruben Alves). No entanto, a compreensão de muitos

se mantém voltada para os limites do ensinar, não que na prática não estendam suas ações sobre o cuidado, a questão a refletir é sobre o quanto estão empoderados deste cuidado, o quanto aceitam e assumem enquanto educadores, voltada a uma educação ampliada da sala para o contexto da criança, ou vice versa, em que seja possibilitado este olhar para o território, para a prática cotidiana da vida desta criança e/ou adolescente. Contrapondo, questiona-se ainda, as condições que o sistema oferece para estes profissionais que estão na ponta de um trabalho que demanda recurso, disponibilidade, tempo, e que no dia a dia se deparam com a falta de recurso, a falta de tempo, como se empoderar se a realidade que se mostra seria somente desafiadora se não em muitas vezes angustiante, frustrante?

Outro ponto a refletir é sobre o lugar que a escola assume na vida das pessoas, das famílias, e, conseqüentemente, o papel dela enquanto porta de entrada para a rede de cuidado. Como pode ser identificado na própria fala da professora ao afirmar que a escola vem se mostrando um espaço de escuta das famílias, é possível perceber o espaço da escola na rede, sendo ela muitas vezes a porta de entrada para a rede. Considerando a confiança que as famílias têm para com a escola, ao reforçar este vínculo, se pensa na organização do fluxo ao levar em consideração que a demanda surgirá exatamente no ponto de atenção ao qual a família está vinculada. O acolhimento, a escuta inicial, demandam profissionais disponíveis na escola para fazer isto, mas a realidade que é apontada na citação acima, é que não é este o entendimento que os profissionais têm sobre papel da escola. É neste ponto que se abre espaço para uma discussão importante: quem são essas crianças hoje e qual é o entendimento e até mesmo aceitação dos professores quanto às questões sociais, familiares que chegam até a escola acompanhada das crianças? Pensa-se na disponibilidade da escuta, mas também se pensa na condição de recursos humanos para isto, como sugere o desabafo da diretora,

Até mesmo uma pedagoga em cada escola porque veja as vezes chegava pais pra conversar eu estava substituindo professora e as vezes chegava pais pra eu conversar , outra precisando de ajuda ali, você tem que se desdobrar em 10 pra tentar solucionar eles, agora que eu estou com oportunidade de estar 3 meses com psicopedagoga ajuda bastante, mas eu penso no caso de uma pedagoga porque daí né (EP5, p.143).

Através da fala da profissional, podemos compreender que é necessária a reflexão dos profissionais que atuam hoje no sistema de ensino, mas também surge a necessidade de condições para essa escuta, para esse olhar diferenciado.

Quando se pontua a necessidade de escuta à família dentro da escola, atenta-se para o fato de que a escuta ainda é o melhor remédio. Quando os profissionais apontam que os pais chegam sem saber o que fazer com os filhos, é porque realmente eles não sabem. A sociedade vem passando por mudanças em que muitos pais não compreendem a nova geração, muitos professores não compreendem a nova geração, e, na tentativa de educar como foram educados, encontram-se perdidos, desorientados, e os filhos, os alunos, subjugados e rotulados.

Neste sentido, foi identificado como potencialidade o trabalho de uma das profissionais, que vem capacitando as professoras quanto à pedagogia sistêmica, a qual dá esse enfoque de que o olhar para a criança deve ser estendido ao sistema familiar na qual está inserida.

Por fim, ao considerar que a prática é decorrente da formação, o apontamento sobre a necessidade de reformulação sobre o entendimento do papel da escola hoje, demonstra ter necessidade de surgir uma reformulação também na formação dos futuros professores.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade mostra-se fundamental ao considerar que, através da articulação dos saberes e o olhar para as crianças com dificuldades, torna-se possível um trabalho voltado para a compreensão das complexidades envolvidas nas diversas áreas a que elas estão envolvidas, nesse caso, entre as secretarias e seus pontos de atenção. Nesse cenário, a formação emergente volta-se para a compreensão da criança em sua territorialidade e contextualização, proveniente de um saber em que o olhar do professor volte-se para as necessidades da criança para o conhecimento e não apenas do conhecimento para a criança.

5-4 PATOLOGIZAÇÃO

QUADRO 9: PATOLOGIZAÇÃO

Patologização (Analisar a compreensão e conhecimento dos profissionais do cuidado sobre a medicalização/patologização)				
Núcleos de sentidos	P1	...	P10	Síntese Horizontal
Indicadores de patologização no município				Através das entrevistas surgiram indicadores de patologização no município, apresentadas na discussão.
Crença no Discurso médico				Os encaminhamentos seguem a lógica da ideologia medicalizante.
Família				Necessidade de corresponsabilização quanto ao cuidado.
Encaminhamentos				Seguem a lógica do gerenciamento e as avaliações e diagnóstico.
Síntese vertical				

Ao discutir o tema patologização em que se objetivou analisar a compreensão e conhecimento dos profissionais do cuidado sobre a medicalização/patologização, inicio a discussão, esclarecendo que até o momento houveram vários indicadores de patologização no município ao discutir temas anteriores, os quais foram apresentados a fim de enriquecer a compreensão sobre o tema. Apontando para o fato de a patologização ser multifatorial, sendo que vários são os fatores que contribuem para o processo da patologização.

Quanto às categorias identificadas foram, crença no discurso médico, família, encaminhamentos e indicadores de patologização no município.

5.4.1 Encaminhamentos

Em sua maioria os profissionais relataram não ter conhecimento sobre o conceito “patologização”, “medicalização”, no entanto através das breves discussões sobre a problemática, foi apontando reconhecer a existência deste processo no município ao relacionar com os encaminhamentos, conforme opinião emitida pela EP9 sobre o processo,

[...] não sabia que era esta palavra, o termo, mas a gente viu que é isto que esta acontecendo no nosso município, na nossa realidade, né. Que esta bem forte esta questão dos encaminhamentos, lembra que eu tinha falado, tantos encaminhamentos pra psicólogo, tantos encaminhamentos pra fono, então, gente esta vendo que assim **realmente esta havendo esta medicalização [...]**. (MP9, p.188)

O que se tem observado conforme aponta MP9, é que através de encaminhamentos sem consistência a patologização se mostra presente nas escolas, do município, o que é previsível visto sua disseminação pelas escolas em nível nacionais e internacional, ou seja, é uma problemática da contemporaneidade, mas que nasceu com a psicologia.

Segundo os participantes principalmente no que se referem a EP, os encaminhamentos para psicólogo, psiquiatra, neurologista, correspondem a dois fins, o primeiro visa o diagnóstico do aluno e o segundo suporte aos professores.

No que se refere aos encaminhamentos **para fins de diagnóstico**, os professores, relataram encaminhar as crianças para constatar ou descartar diagnósticos de crianças para a *sala de recurso* ou outras *adaptações* que se fizerem necessárias.

Sendo apontado ainda um sistema tecnicista, em que tende a orientar a pratica para o gerenciamento, visando metas e resultados numéricos, mas que não oferece os recursos necessários para qualidade de ensino nas salas regulares. Não que isto exima a responsabilidade dos professores, em, por exemplo, atender as especificidades de cada aluno, possibilitando a metodologia necessária ao seu jeito de aprender.

Através do relato da MP9, esta participante mostra-se em conflito por seguir as instruções normativas quanto a identificação e diagnostico precoce de crianças, mas, reconhece ser muito cedo para fazer esta identificação,

Pela lei se for seguir a lei que é a estrutura 8 anos, esta no segundo ano.[...] Pra fazer aquele diagnostico precoce para inserir, e aí que entra esta questão da medicação, da medicalização, entende toda esta questão. (MP9-p.182)

Conforme se observa, a própria profissional, apresenta desconforto em seguir as instruções impostas pelo sistema, por não se sentir a vontade com o fato de ter que diagnosticar a criança precocemente, no entanto, relata não haver alternativas,

por saber que na atual conjuntura, o ensino regular não dispõe de recursos necessários para inclusão. Contudo, mostra-se atenta ao processo de patologização, medicalização.

Ao que parece as equipes fazem os encaminhamentos, seguem o prescrito, sem contestá-lo, relatando não ter alternativas, visto que na discussão a MP9 e a MP5 afirmaram que há casos em que é necessário um trabalho diferenciado o qual não é possível em sala regular. O que provocou a reflexão crítica, no entanto, compreensiva à fala das profissionais,

[...] é um período muito curto pra você colocar o indivíduo numa caixinha, categorizar, de saber se ele vai pra cá ou pra lá (MP3, p.182).

[...] Cobra-se muito antes das crianças, como eu aqui mesmo já atendi mães desesperadas, ah eu não sei o que fazer porque meu filho não está aprendendo, qual a idade do teu filho mãe, 7 anos, ta, sete anos já tem que diagnosticar daí entra a questão da criança (MP, p. 182-183).

[...] você tem até o segundo ano para diagnosticar, então na fase que ela deveria estar ali só explorando o lúdico, fazendo outras coisas, ela já vai estar sendo cobrada em um nível bem alto intelectual né (MP8, p.185).

As falas apresentadas mostram a preocupação quanto aos diagnósticos precoces, demonstram que há profissionais atentos à questão da patologização, medicalização, no entanto, percebe-se a falta de crítica quanto o gerenciamento e as implicações envolvidas como a inserção na sala de recurso. A fim de compreender melhor este processo torna-se necessário olhar para o contexto em que ele se produz, conforme é apresentado no relato da MP5,

[...] muitos problemas são sociais, mas, o professor em sala de aula com trinta alunos nem sempre ele consegue ter esta visão, que tem aquele aluno que de repente tem que colocar um pouco mais próximo, ou até mesmo dar este atendimento diferenciado pra este, com estes trinta alunos é um pouco mais complicado e restrito (MP-5, p.174).

Conforme relato, diante das salas de aula superlotadas, os professores encontram dificuldades em dar atenção aos alunos que necessitam de atenção voltada a sua singularidade, como declara uma das participantes que ocupa cargo de gestão de uma escola,

[...] no começo elas estavam assim desesperadas a gente não pode culpar muito que não estava fazendo porque elas estão na sala cheia de alunos elas tem o seu conteúdo, elas tem prova, tem prova que vem do governo tem o IDEB que eles tem que dar conta, tem boletim, tem matéria, tem

apostila, tem curso, tem um monte de coisa, elas tem que vencer e pronto e daí elas entram em desespero, eu não culpo elas (EP7,p.162).

O que se identifica, é a preocupação dos professores com as metas e rendimentos avaliados através do IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, em que diante da ausência de crítica quanto ao sistema imposto, ou aos que a identificam, mas apresentam-se ausentes de saída, ou seja, precisam cumprir as determinações, assim lançam mão do cuidado singular e acabam por reproduzir as ideologias através do gerenciamento, o qual estabelece números e medidas das quais os alunos precisam corresponder, caso não atinjam as metas a fim de garantir um índice estabelecido, estes, são postos de lado, ou inseridos em uma sala de recurso ou avaliados para que justifique o não acompanhamento do conteúdo. Não que ao compreender que o professor assuma as ideologias, ele seja vítima de um sistema e que por isto se exima de suas responsabilidades. Conforme apontado por uma das participantes que ocupa cargo na equipe pedagógica, ao deixar de estender o olhar sobre a necessidade da criança e agir de modo que a ajude a superar suas dificuldades, o professor favorece a patologização,

[...] porque as vezes eles podem ter um desempenho abaixo da média, mas eles podem se sair bem tendo mudanças em sala de aula, por isto que eu falo que muitas vezes não é problema de aprendizagem, muitas vezes envolve também um **processo de ensinagem, porque a gente faz adaptação curricular é orientado** os professores, muitos professores de sala de recurso ligam aí **e os professores de sala de aula não fazem**, esta é a nossa realidade.[...] Sabe daí eles querem que seja uma turma única, que aquele aluno progrida como os demais mas as vezes eles não fazem na da mesmo sabendo que o fato de trazer este aluno pra frente, de fazer uma prova oral, ele vai ele progride, e ele tem direito a isto, né, só que daí vem aquela cobrança, vai porque se não tem que, **olha semana passada uma escola de todo este ano letivo a escola foi procurar pra fazer avaliação pedagógica numa aluna, eu disse não porque, a porque ela esta com dificuldade e ela vai reprovar nós precisamos justificar isto pra mãe mas o que foi feito durante o ano letivo se a professora não percebeu e se agora ela vai ter que fazer justificativa pra mãe, então é bem delicado, né tudo isto.[...] Uma avaliação pedagógica porque ela precisa justificar esta reprovação para a mãe** (EP2-p.51-52).

O relato acima atenta sobre os motivos dos encaminhamentos, ao mesmo tempo em que faz uma denuncia quanto à patologização, visto que de modo claro, deu-se a entender, que ao invés de fazer uma mudança metodológica, aponta para a necessidade de um laudo que garanta ao professor, a escola, as justificativas que comprovem que as dificuldades estão nos alunos.

Surgem ainda outros apontamentos quanto a cultura do gerenciamento, em que a escola tem que ser perfeita, os alunos perfeitos, em que a diversidade não é entendida, pelos professores, pelos outros pais,

[...] e aí é a preocupação da gente enquanto escola, é e as outras crianças como que ficam? (EP-10, p.124)

É diante deste cenário que as crianças que precisam de atenção voltada as suas especificidades são encaminhadas para a sala de recurso, ou rotulados através de uma estratificação de nível intelectual, reproduzindo um cenário de exclusão.

É na busca de inclusão que a exclusão se estabelece, em forma de patologização ou medicalização,

E eu acho assim, (...) que esta questão da inclusão, como muitas questões, (...) não existe estrutura pra fazer isto (MP-1, p.179).

Os relatos confirmam a falta de condições, preparo e recurso para se fazer a inclusão, ou mesmo de se dar a atenção diferenciada em sala de aula. Há ainda apontamento sobre os resultados atingidos nos métodos de inclusão propostos,

[...] o aluno aprendeu cores, e daí chegou no final do ano ele aprendeu cores, beleza, passou de ano. Aí eu tenho uma preocupação, quando chega no nono ano sai estatística disto né, e esta estatística todo mundo tem acesso, porque vai pro censo vai pra tudo que é lugar, e aí vem, como sempre a gente vê né, vai a reportagem, o aluno se formou no 9º ano né, que legal, síndrome de down e tudo, porque mídia adora isto, né, adora isto, e daí, vem, e daí vamos fazer entrevista e é lógico né, sempre vai fazer aquele negócio de avaliar realmente né, se realmente sabe, ta, então qual foi o aprendizado dele, ele soube cores até o nono ano [...] (MP-5, p.177-178).

O que se apresenta, é que por traz das cortinas da encenação da inclusão, encontra-se uma política de gerenciamento voltada para a exigência dos resultados e dados numéricos que ao invés de garantir a qualidade do ensino e a diversidade a qual se propõem, no cotidiano visa garantir um sistema tecnicista baseado em resultado, mas que não oferece qualidade para a inclusão de fato. Como se pode observar no relato dos profissionais,

Uma coisa que se pega comigo é este negócio do IDEB, até o MEC já, todo ano eu recebo ligação deles, que eu escrevo uma carta no final do semestre indignada e eles ligam (risos), eles ligam pra mim. E eu respondo, como, que uma política pública, pode cobrar inclusão, pode cobrar adaptação

curricular, pode cobrar avaliação diferenciada, o professor tem que mudar a metodologia, se for re-explicar de novo tem que ser outra metodologia, se for fazer a avaliação é outra metodologia, deixam doído stress professores, porque Deus o livre se você deixar passar duas provas escritas pro aluno, é como se você estivesse matando o aluno sabe, tem que ser uma prova escrita, revisar e dar outra metodologia com outra forma a prova, então, eles tem todo este discurso, e depois chega na, que é a forma da política pública né que eles falam, depois chega a forma deles avaliarem, o que eles fazem? A mesma prova para todos, se tem 5 alunos com diagnóstico, com o perdão da palavra toca-se o ... [...](MP-5, p.183-184).

Cobra-se adaptação curricular, todo este trabalho de anos e anos, vendo com esta criança, as necessidades e tal e daí, você tem que compreender o contexto que esta criança vive, como que ela vai aprender judiação porque olha como ela vive, olha o contexto, que prova que esta criança faz? A mesma que todos. Aquele que vai para Paris e para Londres responde o mesmo que aquele que não tem o que comer dentro de casa, a mesma prova. Aí preenche um questionário social com 56 questões pro aluno, porque pro diretor porque ele já tem 235 questões, responde este questionário para que? Pra sair que o aluo tem duas televisões na casa ou então quando não tem nenhuma televisão na casa ah ta, interessante. Então, o IDEB pra mim, eu acho que é a pior forma que existiu de avaliar algo, e quando escuto prefeito, prefeito porque governador nunca escutei, mas em alguns discursos eu escutei, a melhor escola, e a mídia também fala isto né, procure a melhor escola para o teu filho através do IDEB, aham, porque é a melhor cidade pro teu filho através do IDEB, procure o bairro do município pra se colocar, porque a criança, tem sim ela é vitima de muita coisa social de, entendo isto, e eu acho que a gente tem que ver tudo isto, nós vemos, e o governo vê? Não, então, IDEB, não avalia aqui nem na China o conteúdo do aluno, entende, não avalia, porque o aluno foi muitas vezes fazer a prova do IDEB sem comer, o que acontece na escola, mas daí a escola tem que fazer revisão, recuperação, revisão de novo, recuperação de novo, porque a gente tem que oportunizar o ensino para o aluno, sabe, e daí, vai fazer o id quando que tem recuperação uma revisão, o professor que vai fazer a prova ele não pode nem se quer ler a prova para este aluno, ele não pode ler a prova, o aluno tem que ler e fazer sozinho, e daí vem e fala, olha entende, cadê política publica que é tão cobrada, tão falada e na hora deles terem vamos dizer assim, o resultado deles que eles mesmos pediram e cobraram coloca-se de escanteio e pede o IDEB (MP5, p. 184).

Citarei o recorte de algumas falas que apresentam quanto o gerenciamento influência diretamente sobre a origem dos encaminhamentos e conseqüente patologização, o que se aponta é que o próprio sistema de ensino através das políticas públicas prescrevem instruções de inclusão, mas que ele mesmo se contradiz, ao buscar priorizar resultados quantitativos, momento em que deixa de priorizar a política de educação inclusiva em que proclama a educação atenta a diversidade, mas cobra resultados quantitativos desencadeando a estratificação de desempenhos observado através dos desabafos,

Tá e daí precisa este olhar mais diferenciado em sala, e aí quando vem estas provas, né, se aquele aluno tirou nota baixa, soma com a nota de todos, cai a nota de todos, e se tem quatro em sala que precisa de atendimento, aquela leitura, aquele trabalho, mas daí tem hora, tem a prova Brasil, a prova que vem, tem o envelope a data o horário, terminou fechou, e aquele aluno que precisa, claro se tem lá que se precisa tem o professor leitor do lado, mas não é todos que se encaixa neste quadro que precisa, tem aquele diagnóstico lá que diz que ele tem que ter aquele professor ali do lado, não é, tem aqueles que não precisam a gente sabe disto, são os mais lentos, eles sabem, mas eles vão demorar um pouquinho mais, não é o tempo deles, o tempo deles talvez depois quando eles já entregaram ele vai resolver a questão, mas daí nesta hora não tem isto. (EP7, p.163)

Só que assim, nós enquanto escola a gente tem que ter aquela resposta, vamos dizer uma turma, vamos pegar uma turma que temos lá que tem agora com 14 alunos, destes 14 alunos, 3 vão reprovar, tem um caso seriíssimo que foi encaminhado pra sala de recurso pra ter este acompanhamento, com este olhar que você diz que um profissional tem que ter, só que a criança tem que dar resposta pra este sistema, nós não podemos fechar o olho e dizer não, nós temos que procurar todas as hipóteses, eliminar, porque nós não podemos chegar final de ano e dizer não, tem 14 alunos eu vou reprovar 3, é um índice muito grande para nós, mas a criança não sabe ler uma palavra, a M.V., não sabe ler uma palavra, como é que eu vou passar ela para o terceiro ano, sabe. Então, nós enquanto escolas, temos que se agarrar ao que a gente pode porque a gente tem que dar uma resposta para o sistema, vai lá com a turma de 14, 3 reprovados o índice passa acima do índice do Brasil, e como fica nós enquanto escola (EP10, p.164).

Vamos dizer tem duas séries, dois segundos um exemplo, 30 alunos, a gente sabe que tem 3 vamos dizer destes 30 que tem que ter atendimento bem especial, que eles podem ter e a gente tem ali professor disponível vamos dizer e que tenha sala você vai dividir, 15 e 15 tá, daí o índice de reprovação naquela turma vai ser alto, aonde cai, na escola. As consequências (EP7, p.164).

É só que as políticas públicas são as que menos são cobradas, são cobrado de nós, isto é experiência minha B., o ideb da minha escola caiu, caiu, mas ninguém viu a realidade lá, só que a cobrança veio, e daí, é que nem eu te digo, esta semana é a pior semana pra nós, aconteceu aquele assassinato lá, os pais levaram a metade das crianças, a metade da minha escola assistiu tudo aquilo, olha ontem eu estava em reunião, que a própria mãe do falecido veio conversar porque tem criança ali, sabe, e contando as crianças contam melhor, elas estavam juntas, elas viram a briga. Então pense, se os pais tiveram eu já digo a inteligência brilhante de levar ver isto, o que que eu vou esperar destas crianças [...] (EP5, p. 166)

Ao questionar a diretora sobre a repercussão psicológica sobre o IDEB de sua escola ter caído segue as respostas:

Olha massacrante, eu me culpando, mil e uma vez, meus professores, só que lá geralmente era um grande numero de falta de professores que era estagiarias, aí estas estagiárias entravam assim sabe, as crianças já, pela situação de não ter aquela cobrança e assim, daí pra quem sobrou, sobrou pra mim. (EP-5, p.166)

Pro resto da vida. (EP-5,p.166)

Compreendem-se as falas apresentadas como um desabafo, qual surgiram após toda uma discussão que possibilitou esta catarse, no entanto, no dia a dia, o que se percebe é que as diretoras assumem enquanto gestoras uma posição defensiva no sentido de garantir o sistema, ou seja, o gerenciamento, tanto é que o sofrimento por elas vivenciado é decorrente da postura assumida por elas de garantia do sistema. A questão não é a garantir da ordem, a questão é a que custo o IDEB é mantido? E quais são as condições para garanti-lo? Ao que parece as condições não são de recursos humanos, nem mesmo recursos físicos, mas de pressão psicológica em cima dos gestores que cegamente buscam a qualquer custo garantir o gerenciamento que precisa ser mantido.

No entanto, o que se percebe é que nem os professores, nem os pais, estão atentos sobre o quanto a atual forma de se buscar a inclusão gera a exclusão e a influencia desta, sobre as subjetividades das crianças, como no exemplo citado pela MP8 ao relatar a cena em que presenciou ao visitar uma escola,

[...] quando eu estava indo nas escolas pra fazer as coletas eu visualizada coisas assim, vamos fazer alguma atividade em sala de aula e daí cadê a metade da turma? Metade da turma, ih tão sentada numa mesa no hall ali, onde seria o refeitório ali onde eles lancham fazendo atividade com outra professora, mas quem esta lá fora? Ah os que têm mais dificuldade né. Quem me falava isto eram as próprias crianças. Então assim, metade da turma, estava sentada no hall fazendo atividades na sala de reforço porque eles tinham dificuldades e assim, a outra metade da turma que me falou, opa eu estou aqui dentro da sala entre os melhores, entre aspas, aí se questionar, por exemplo, o professor, será que ele tem noção de uma ação como esta? (MP8,p.186)

O recorte da fala apresenta da MP8, aponta sua indignação e preocupação com a construção da subjetividade das crianças “que têm mais dificuldade né” (fala da criança à MP8) que apresentam dificuldades e que são retiradas do convívio da sala regular em hora de aula, o que acredita enfatizar tal dificuldade.

Este mesmo relato provoca reflexão sobre o quanto a sociedade de modo geral mostra-se cega quanto às ideologias, acreditando em uma inclusão que gera exclusão. Foi relatado inclusive que os próprios pais quando percebem que o filho precisa de atenção especial na aprendizagem, recorrem ao Ministério Público solicitando atendimento diferencial para o filho. Sem perceber que de certa forma contribuem para a patologização, por exemplo, ao invés de lutar pela melhoria na

qualidade através de mais professores para todas as turmas, garantindo consequentemente uma escola de qualidade, requerem um professor específico para o seu filho como única alternativa de garantia de direitos, sem perceber que neste processo gera o estigma e consequências para a subjetividade da criança, já que o provável entendimento que ela tenha sobre o fato é de que ela não é inteligente como as outras, sendo ela carente do auxílio de um professor só pra ela. Como exemplo, cita-se o relato de participantes da pesquisa quanto a um caso em que a própria equipe pedagógica, com suporte de profissionais da atenção básica como fonoaudióloga, avaliaram ser desnecessário um acompanhante individual para a criança, mas que os pais orientados por médico particular, que inclusive não atua no território em que a criança vive, foram até o Ministério Público requerer um professor específico para seu filho, desconsiderando a avaliação dos profissionais que trabalham diretamente com as crianças no município. Esta descrição aponta para a falta de entendimento dos pais quanto a prática da exclusão disfarçada de inclusão, e a influência desta, na produção de subjetividade, visto o impacto desta ação na construção da imagem que a criança constrói de si mesma, o quanto isto pode ser prejudicial formando esquemas mentais em que esta criança interprete ser incapaz intelectualmente sentindo-se inferior aos outros. Algo, avassalador, e que nem os profissionais, nem os pais dão conta de perceber o estrago em que estão gerando na construção da subjetividade desta criança.

Por fim, no que se refere ao **encaminhamento ao profissional psicólogo visando o suporte**, a questão a refletir é de que como já identificado, havendo fragmentação na formação, sendo ela voltada para a crença no poder clínico, os casos são encaminhados a estes profissionais, seja médico ou psicólogo, ao qual é conferido o poder da avaliação,

[...] O professor faz um planejamento, quando chega ali, nem sempre consegue atender como ele planejou então eu digo assim, que tem a questão do apoio, tá é um problema pedagógico, é. Tá daí tem uma falha também vamos dizer no pedagogo né, em amparar, que não é só o psicólogo que vai amparar o pedagogo também pode amparar nesta situação. Então tem este momento, e também tem o momento do diagnóstico né, do laudo ali, pra uma sala de recurso, a confirmação de um problema mais sério e precisa de uma intervenção mais específica ou não, né, esta confirmação pras escolas, pelo menos lá no (...) a gente encaminha, é este o intuito né, de ver a necessidade de um acompanhamento mais individualizado ou pra se descartar esta possibilidade e ver se vai **precisar de um acompanhamento e suporte pedagógico** (MP5, p. 174).

Eu espero muito orientação, porque eu não entendo nada da parte psicológica, eu não sei, não estudei isto (EP10, P.148).

Acredita-se que a própria formação fragmentada, voltada pra avaliação e diagnóstico, marcada pela hegemonia do discurso médico, em que confere ao psicólogo o poder da avaliação, favorece para a compreensão do professor quanto profissional impotente perante as dificuldades, neste sentido, o professor por vezes não se empodera da atenção especial a qual o aluno necessita através de um olhar diferenciado, e encaminha a criança para o psicólogo ou médico, conforme relato da MP-5,

E isto eu acho que esta ligado também com a auto-estima do professor, porque o professor já tem um estigma que, sabe quando você percebe que a auto-estima precisa ser trabalhado, né, como se ele fosse impotente, acho que é tanto desafio, na escola, na sala de aula que esta impotência acho que toma conta assim de um forma que eles não conseguem enxergar a luz no fim do túnel né. (MP5-p.187)

Há por um lado o professor que tem em sua formação inicial e continuada, orientada para a clínica, seja o psicólogo, psicopedagogo, enquanto dona das respostas as dificuldades. Que diante do afogadilho busca nas avaliações as respostas para as dificuldades dos alunos, sem questionar a quem ela vem corresponder, se ao sistema que visa resultados quantitativos ou a criança que poderia se beneficiar através de um sistema que lhe garantisse qualidade de ensino,

É a gente às vezes acaba caindo nesta agnose, é tanta coisa, que às vezes a gente não sabe mais o que fazer e a gente recorre ao que esta em alcance (EP2,p.266).

Compreende-se neste sentido, que muitos casos estão sendo encaminhados para a avaliação sem haver consistência, sendo que se fosse mudado a metodologia em sala, o aluno poderia ser beneficiado, neste sentido havendo a compreensão dos professores quanto às dificuldades, que conforme apontado desde o primeiro encontro ao discutir a organização da rede, identificou-se através dos relatos de alguns participantes, que muitas dificuldades não são clinicas, mas sim sociais, pedagógicas, em que se olhar fosse estendido poderia se encontrar as respostas. Até porque muitas “dificuldades” não precisam de respostas, precisão de aceitação e disponibilidade em se trabalhar de forma diferenciada, neste sentido vem se

destacando o trabalho de uma profissional a qual atenta sobre este olhar, através da pedagogia sistêmica, orientando os professores sobre o olhar estendido a vida dos alunos. Esta profissional, participante da pesquisa, relatou que percebeu durante as capacitações, que muitos professores, apresentam crença de impotência frente às dificuldades do dia a dia. A EP7 gestora de uma escola faz menção ao trabalho citado,

Agora com a sistêmica da M. eles estão, elas estão fazendo as coisas mais individual [...] Mas daí se veja o quanto é importante a orientação pra gente com os profissionais da área certa, a psicóloga da educação que é a M. ela esta aplicando para os professores a sistêmica, então, é impressionante, muitos casos que os professores então, eu via assim que ao invés da gente estar chamando tanto ela nas escola pra resolver, pra resolver ou dar uma orientação né, que ela não vai lá resolver, e o professor agir de uma maneira totalmente já vou dizer grossa grosseira com a criança eu vi este mesmo professor pegando na mão da criança fazendo massagem, agradando, conversando, então, esta sistêmica que ela esta aplicando nos cursos, então esta eliminando ela muito na escola pena que alguns professores não estão fazendo (MP7, p.153).

Segundo relato da MP7, o trabalho vem possibilitando a mudança de entendimento das professoras, as quais ao ampliar o olhar sobre a crianças estão dando conta de situações em sala de aula que até então eram delegadas a psicóloga a pedagoga e que agora se sentem capazes de atender, o que comprova as diversas pontuações nesta pesquisa sobre a resposta estar, em muitos casos, na mudança metodológica ou mesmo na condição de escuta e acolhimento, que na necessidade de encaminhamentos e avaliações.

Como se pode entender, a lacuna pedagógica fica mascarada, escondida atrás das “dificuldades do aluno”. Através desta pontuação surge a necessidade de repensar o modo como estamos educando.

5.4.2. Crença No Discurso Médico

Outro ponto que surgiu na discussão dos grupos foi a crença no discurso médico, é neste contexto que cuidadores, pais, professores, formam seus conceitos sobre a medicação, alheios a compreensão sobre as ideologias, acreditam, no poder curativo da medicação, e na palavra do médico, conferindo a este, o poder incontestável de diagnosticar conforme descrições,

[...] quem somos nós para contestar um psiquiatra. (EP7. P.149)

Na fala dele assim, se a criança for tratada na época certa, não vai ser uns adolescentes que vão se jogar em drogas, bebida, porque não consegue aprender, acabou o déficit de atenção lá na frente não vai dar problema agora se você não faz o tratamento enquanto é criança vai dar o resultado lá pra frente bebida, droga, agressividade devido este problema (EP10, P.153).

O que se tem observado quanto aos encaminhamentos médicos, é que em sua maioria, as crianças que são encaminhadas voltam com medicações, que por sua vez reforça na equipe pedagógica a crença no discurso médico, em que relata perceber maior concentração e rendimento do aluno,

Os nossos casos que foram levados deram resultado, deram resultado tinha crianças assim que não fazia prova, não foi cem por cento, mas melhorou bastante, bastante (EP10, P.153).

Bastante, até a professora se surpreendeu, falou olha como ele era na prova e olha agora depois que vocês mandaram, olha como era no passado o comportamento e olha como agora ele esta, e é visível assim, um caso um, e quando ele, a gente já percebe quando a coisa esta errada, ele já fica agressivo, ele já fica agredindo, ele já briga ele já fica agressivo (EP7,p.149).

O que se pode perceber, é que a compreensão principalmente da EP, a qual de certa forma tem relação mais estreita quanto aos encaminhamentos, acompanhando na escola e observando de modo direto a resposta a conduta médica, a compreensão desta equipe, é de que quando eles encaminham, e a criança é medicada, tendo como resposta um comportamento diferente ao qual se objetivou o encaminhamento, elas acreditam estar ajudando esta criança, assim como os próprios pais quando fazem por conta o encaminhamento, no entanto, não percebem o quanto estão a reproduzindo a patologização. Diante da crença no poder conferido a medicação qualquer variável, a qual não corresponda ao comportamento esperado é compreendida como abandono ou redução da medicação, conforme relatos,

Se não tomou remédio já fica visível (EP10, p.152).

Pode ter certeza que já esta faltando (EP7, p.152).

Acredita-se que o que mantém a crença no discurso médico, é a ideologia medicalizante, que como ideologia tem o poder de cegar as pessoas sem que estas identifiquem o processo da patologização.

5.4.3 Família

No que se refere a pontuação com relação aos pais das crianças e adolescentes foi feita algumas pontuações, uma é sobre a observação quanto ao crescente consumo de medicação, neste sentido MP3 cita uma possível relação entre os adultos consumidores de medicação e seus filhos, em que a crença no poder da medicação venha sendo passado de geração para geração, bem como o consumo, conforme relato,

É talvez um estudo assim mais amplo, das famílias destas crianças, pra ver o histórico do uso de medicamento, porque até esta questão da autoridade né. Porque esta questão de não saber lidar com os filhos, como você mesmo falou da resiliência, talvez ela já foi por água a baixo, o medicamento tirou toda as formas de suportar a sua dor, as suas dificuldades e o filho também não sabe ensinar o filho (MP3,p.199).

A reflexão que se faz é sobre as crianças e adolescentes estarem sendo vítimas de uma sociedade medicalizante, incluindo os profissionais que deveriam ofertar o cuidado, como dos próprios pais ou responsáveis.

Por fim, outro fator que surgiu na discussão, voltada para os pais, foi a pontuação sobre a necessidade de **corresponsabilização** dos pais,

A função de autoridade ela esta, não sei se ausente ou se ela esta mudando para outros objetos assim, se a gente for pensar da medicação né, **o medicamento né pode esta função de autoridade e controle né que os pais não conseguem né, [...]** (MP3, p.196)

E sabe que assim, tem pais que eles cobram muito da escola. É a gente vê as vezes que a criança não tem nada. É falta de limite, o pai não quer cobrar com a mãe, eles não querem chamar a atenção do filho, eles não querem vê que é eles [...](EP-7,p.157).

Sendo que a discussão sobre a falta de respeito dos alunos para com os professores, surgiu, nos dois grupos, sendo unânimes os relatos dos participantes em apontar a falta dos pais em repassar valores, sobre falarem a mesma linguagem quanto à importância da educação, e a falta de autoridade dos pais em repassar

estes valores, dizem ser decorrente deste, a falta de limite das crianças, adolescentes.

Observou-se ainda, principalmente quanto a equipe EP, a compreensão destes quanto as famílias ditas disfuncionais, atribuindo muitos dos casos aos desarranjos familiares, a pobreza, como elementos desencadeantes das dificuldades das crianças.,conforme apresentado nos relatos:

Eu acho que em alguns caos é a muleta que a escola precisa que a família precisa, [...] tem casos que a criança precisa mesmo de medicação, tem casos que a família não aceita a medicação, tem um caso lá na escola que a família é gente boa, a família é estruturada a criança também [...] (MP-5, P.195).

Também foi apontado pelos profissionais à carência de afeto dos pais para com estas crianças, adolescentes na vida cotidiana,

[...] ela já diz, este demônio, este f.d.p. que não deveria ter existido. E daí você vai como, estapeando ali assim. Aí você olha e tem dó da criança né, porque ela esta sendo vítima de todo este sistema né [...] É eles não sabem o nome do filho, porque daí eu perguntei a senhora sabe como o seu filho se chama? Esta coisa aí (disse a mãe). É esta coisa (EP-5, p.169-169).

Ressaltou-se ainda que diante da nova configuração em que crianças estão sendo inseridas cada vez mais cedo nas escolas, a exemplo os CMEIs, em que diante da necessidade dos pais deixarem seus filhos cada vez mais cedo na escola, surge a importância para que os pais no tempo que passe junto ao filho, seja de amor, carinho.

5.4.4 Indicadores De Patologização: Apresentação De Um Caso

A este ponto já foram apresentados vários indicadores de patologização. No entanto, entre tantos relatos, será apresentado um caso. O fato curioso desse caso é que ele não se deu em um encontro feito por uma equipe, nem foi acompanhando pelo mesmo processo de compreensão sobre a rede e suas complexidades. Esse caso foi dado por completo através da articulação de relatos que surgiram entre as duas equipes em encontros diferentes.

O primeiro encontro se deu entre a equipe Multi- Profissional (MP). No primeiro dia do encontro do grupo focal, uma das participantes (MP11) relatou ter sido designada a atuar em uma das oito escolas do município. Sendo a única

profissional com tal especialidade, foi questionada sobre o motivo de se ter escolhido aquela escola. Ao buscar responder, ela e outra colega afirmaram que naquela escola havia maior necessidade, pois existiam muitos encaminhamentos para ser feita a avaliação diagnóstica, além de possíveis encaminhamentos para a psicóloga ou para médicos. Naquele primeiro momento, fez-se entender que a necessidade estaria relacionada ao bairro em que a escola está inserida e aos desafios que isso acarreta. Como relatado, havia muitos casos para serem avaliados, várias crianças para serem encaminhadas, uma vez que a escola está localizada em um bairro considerado como possuidor de muitas famílias “vulneráveis socialmente”. Enfim, a profissional afirmou que após a avaliação, foi possível perceber que a maioria dos casos encaminhados não condizia com alguma dificuldade da criança, mas com a necessidade de mudança metodológica.

No segundo encontro, realizado com a equipe Multi- Profissional (MP), um dos participantes do grupo da qual a profissional faz parte, através de um olhar crítico em que se mostrou atento à questão levantada, ao fazer uma citação, deu como exemplo a necessidade de se fazer reflexão sobre o motivo de aquelas crianças serem identificadas com portadoras de dificuldades. Uma vez que a própria profissional avaliou que elas não apresentavam dificuldades cognitivas, ou qualquer outra avaliação que as diagnostique ou rotule, é curioso perceber que o profissional, mesmo atuando em outra secretaria, sem ter uma proximidade maior com aquela escola, questionou a situação.

Esse ponto se refere ao encontro da Equipe Pedagógica (EP), que a gestora da escola a qual a MP11 havia citado. Ela relatou ter sido muito difícil sua prática ao assumir a direção daquela escola, considerando a falta de comprometimento que percebeu de alguns profissionais que lá lecionavam. Em seus relatos, comentou que algumas vezes foi necessário ela se ausentar da escola e, ao retornar, os professores estavam nos corredores, conversando em horário de aula. Ela disse ainda que parecia haver a crença, por parte de alguns, que aquelas eram crianças de bairro que não requeria a necessidade de se dispensar esforço, uma vez que não se conseguiria tanto retorno.

No entanto, em outro encontro, no Encontro da Equipe Pedagógica (EP), foi percebido que aquela escola teve seu índice baixo na avaliação do IDEB, o que gerou na diretora grande sofrimento, visto a responsabilidade do cargo que assumiu. Todavia, ela afirmou que houve mudança por parte da maioria dos profissionais por

meio de ações da atual gestão escolar, ou seja, da direção, da coordenação e da equipe de apoio que deram o suporte necessário para tal mudança.

O que se buscou apresentar aqui foi exatamente a produção da patologização, uma vez que o ‘problema’ foi apontado inicialmente nas crianças que haviam sido encaminhadas com “dificuldades”. Entretanto, fica evidente que a profissional avaliou e constatou que o ‘problema’ não se encontrava nas crianças, mas nas metodologias empregadas no processo de ensino-aprendizagem. Além disso, foi percebido que a diretora daquela escola afirmou haver descompromisso por parte de alguns profissionais, os quais não acreditavam na importância do investimento de seus esforços para com aquelas crianças, pois eram consideradas, em sua maioria, como crianças provindas de “famílias vulneráveis”, ou seja, pobres. Há ainda que se refletir, na desmotivação dos professores, o que os deixa desacreditados? Como já apresentado na contramão do educar, do ensinar e cuidar (o cuidar aqui está relacionado ao sentido mesmo de olhar, ou mesmo de educar, ou mesmo ensinar, sabe-se que há uma discussão que permeia o campo educacional, diferenciando cuidado de ensino, educação, mas esta pesquisa não cita o cuidar neste sentido, pois segue a lógica do cuidado, usada na política de saúde) encontra-se um sistema que não valoriza o professor, haja vista a remuneração de um professor do ensino municipal, a pressão do sistema quanto aos números, considerando a escassez de recursos humanos, haja vista o número de professores adoecendo.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A compreensão da rede de cuidado surgiu da necessidade da prática da pesquisadora em uma unidade de saúde, diante dos indicadores de patologização. Considerando “rede” como um “conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território” (Brasil, 2013, p.23), em que juntos há melhores possibilidades de buscar soluções de forma coletiva, a pesquisadora se lança a rede, através das práticas na secretaria da saúde, apropria-se dos conceitos de rede de cuidado e se permite na sequência a abertura para a troca de saberes, através da discussão quanto a diversas áreas do conhecimento, como as políticas públicas, da educação, assistência social. Neste processo de inter-relações, a pesquisadora

permitiu-se “existir, e vir a ser”, uma vez que transforma e é transformada, através do encontro de saberes .

Para tanto, ao invés de iniciar a discussão definindo a palavra rede como havia se pensado inicialmente, a discussão inicia-se através da palavra *cuidado*, o qual também foi foco deste estudo, visto que desde o início da pesquisa se discute “o olhar do *cuidado* à criança e ao adolescente”. É pelo *cuidado* ou do *(des)cuidado* que se buscou compreender a rede, para confirmar ou não a patologização, medicalização no município.

Recorre-se, então, às reflexões de Ayres (2004) sobre o cuidado em saúde. O autor através de um ensaio de reflexão em que teve como base para a reflexão crítica acerca das características atuais da atenção a saúde o conceito ontológico de cuidado (Sorge) de Heidegger em suas relações com os modos de ser (humano), considera que o entendimento de “saúde” se encontra nos “significados e sentidos não apenas da totalidade de saúde, mas projetos de vida” bem como designa por cuidado em saúde, uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, sendo cuidado como “designação de uma atenção a saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental e por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.” (AYRES, 2004, p.22). Para o autor, os pontos chaves para a reconstrução ética, política, e técnica do cuidado em saúde são: projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade, estes apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais da saúde e pacientes (AYRES, 2004, p.16). No entanto, aponta para o distanciamento entre um cuidado dito humanizado, em que, na prática, a orientação é de um “messianismo científico insustentável” (AYRES, 2004, p.20). Nesse sentido, o autor afirma que predomina a “lógica clínico-preventivista do controle de risco a normalidade funcional”, por meio de exames, diagnósticos. Assim, o autor atenta para a necessidade da ressignificação do cuidado, como citado, o cuidado para o autor, toma um sentido de um vir a ser, ou mesmo um ser em si. Há nele a possibilidade de humanizar. Então, está no sentido de cuidado um deixar viver, deixar existir. Como cita,

É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já “ser em” e “ser com”. Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida

essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro. (AYRES, 2004, p.25).

Dessa forma, Ayres apresenta a expansão possível que pode remeter-se à palavra *cuidado em saúde*, em que o autor enfatiza o sentido de felicidade, contrapondo com a prática biologizante, na qual o discurso higienista prevalece. Destarte, é apresentada a emergência de reformulação quanto ao sentido do cuidado em saúde, expandindo-o além da noção de normalidade. A felicidade, como o autor comenta “remete a uma experiência vivida, valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente independe de um estado de completo bem estar ou de perfeita normalidade-morfofuncional” (AYRES, 2004, p.19).

Tomando o conceito de saúde como felicidade, ao compreender que a medicação virou sinônimo de recurso na busca de saúde, ou seja, de felicidade, seguimos agora o caminho inverso, e questiona-se: onde está o cuidado orientado para a felicidade que deveríamos oferecer?

Ora, se o cuidado remete à atenção imediata que permite o outro vir a ser, se a saúde remete à felicidade que, por sua vez, remete à experiência vivida, se a medicalização remete à alienação, ao não existir, e porque não dizer o sintoma reprimido. Compreende-se, portanto, que a medicação oferece, mesmo que “ilusoriamente”, aquilo que não damos conta de dar no dia a dia, aquilo que não temos tempo, que não temos conhecimento, ou seja, o cuidado. Do outro lado, o outro, na ilusão de encontrar o que procura, inexistente, sufoca, reprime, cala.

Por fim, Aires (2004) nos orienta à práticas de saúde que busquem ativamente o sentido existencial. Todavia, a prática que se vê diante das crianças é a de invisibilidade. Assim, não se permite a ela existir; a prática da medicação aliena, abafa, cala. É a partir da invisibilidade e da alienação que se busca discutir o cuidado que não é oferecido por uma *rede inexistente*; Será discutida, também, a alienação, ou seja, a “medicalização”. Assim, voltamos ao ponto em que o objeto deste estudo iniciou: a busca da compreensão da rede e da patologização, medicalização.

6.1. AS FACES DE UMA REDE INEXISTENTE

Como já citado, rede é um sistema composto pelos equipamentos que ofertam cuidados dentro do território. No entanto, não basta existir, é preciso haver uma relação entre as equipes, em que a comunicação aconteça em todos os pontos da rede, possibilitando de fato a produção de cuidado.

Ayres define a Humanização como “compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum”, destacando a inseparabilidade do plano individual, social e coletivo, “que só faz sentido no convívio um com o outro, no interesse em compartilhar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum” (AYRES, 2004, p.27). Além disso, ele afirma que

não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los (AYRES, 2004, p.27).

Nesse sentido, coloca que tanto o adoecimento quanto os instrumentos e técnicas de controle são produzidas, organizados socialmente relacionando-se entre si, por isso “não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência” (AYRES, 2004, p.27).

O autor aponta que a compreensão dos fatos em que esses valores se constroem só podem se dar através da interação deles com o contexto dos quais emergem. Portanto, mostra-se necessário olhar para as mediações simbólicas como as questões culturais, econômicas, morais, ambientais do território.

Segundo o autor, as respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o resultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão, em que ele afirma:

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (AYRES, 2004, p.27).

A extensão em apresentar as citações de Ayres, se explica pelas reflexões representativas de um cuidado enquanto tecnologia humana, em que o coletivo se disponha à compreensão das dores e suas causalidades. Não se quer aqui dizer

que o foco esteja na dor, mas na compreensão da sua causalidade, bem como na compreensão dos valores e crenças presentes na comunidade, a fim de se disponibilizar a criação de estratégias humanizadas para promoção de saúde, ou mesmo de tratamento.

Ao se pensar em humanização na saúde, o texto de Ayres (2004) possibilita esse entendimento ao enfatizar que a resposta para a saúde não se encontra apenas no tecnicismo científico, mas através da oferta de um projeto de felicidade ao usuário. A questão de como ela se tornou tecnicista será discutida mais à frente quando será exposto o tema da medicalização. Pois bem, a fim de expandir olhar pra rede, tendo como conceito de saúde a felicidade, mostra-se necessário a compreensão da organização da rede de cuidado do município e suas complexidades.

Ao avaliar a organização da rede de cuidado, conforme apresentado no capítulo dos resultados, a rede mostra-se desarticulada, sendo pontuada por ambas as equipes a fragmentação em que os setores acabam trabalhando, sem que haja uma interação. Assim, os profissionais que fazem o encaminhamento de um setor a outro ficam sem *feedback*, apontando ainda para a não comunicação entre eles. Ficou evidente nesse momento que a falta de planejamento mostra-se como ponto de início no que se refere à desorganização da rede, uma vez que a fragmentação e a falta de comunicação podem ser vistas como falhas de uma rede desorganizada. Outro ponto apontado como problematizador é a alta demanda de atendimentos para equipes reduzidas, mas neste ponto o que agrava é a falta de fluxo, a qual também se mostra decorrente da falta de planejamento. Não havendo fluxo, considerando a alta demanda, os profissionais vão atendendo os casos que surgem no dia a dia, não conseguindo, dessa forma, fazer um acompanhamento organizado de casos, muito menos seguir a lista de espera.

Dessa maneira, o grupo identificou como alternativa para o problema a organização dos setores. Primeiramente, pensou-se na organização setorialmente para depois haver a o estabelecimento de um fluxo do qual se possibilite a comunicação. Através da articulação entre os setores, pensa-se na possibilidade de se trabalhar de modo intersetorial. É interessante notar que no afogadilho do dia a dia, diante das equipes reduzidas e emergências que surgem no trabalho, passa-se despercebida a importância do trabalho intersetorial e principalmente da organização para que o trabalho possa garantir qualidade no cuidado. Conforme aponta Ayres,

[...] as transformações orientadas pela idéia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersectorialidade e interdisciplinaridade. A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, **se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido** (AYRES, 2004, p.27, grifo nosso).

Por meio da leitura que se faz dos relatos do grupo em confrontação com a literatura estudada, compreende-se que a rede mostra-se inerte no sentido de ação para mudança. No entanto, a MP mostra-se motivada para que a rede se estabeleça, mas, diante do exposto, mostra-se desorientada e até reconhece a necessidade do planejamento, porém não há organização para que isto aconteça. Os profissionais, de certa forma, sentem-se pressionados pela população, administração e até mesmo pelo Ministério Público para que constantemente apresentem resultados, atendimentos, havendo pouco espaço para a organização e a articulação.

Já a EP demonstra não sentir-se pertencente ao que é entendido como “rede”, ou seja, uma dúzia de profissionais que em seus setores estão na linha de frente quanto ao cuidado à criança e ao adolescente e nas fronteiras com os outros setores, mas não se sentem como parte do todo. Além disso, foi percebido um distanciamento no dia a dia entre a direção das escolas, professores e técnicos de outros setores, como saúde e CRAS. O que é mais preocupante é a falta de percepção e abertura para que essa interação aconteça. No entanto, mais ao fim dos encontros, mostrou-se uma abertura maior ao que era proposto.

Pode-se identificar que os profissionais no dia a dia fazem apontamentos uns sobre os outros, assim a rede mostra-se inerte, ao racionalizar idéias de culpabilização, não geram, movimento de rede. Tal ponto foi apresentado no capítulo de resultados. A falta de comunicação e articulação desencadeia esse distanciamento entre os setores, em que não se conhece suas reais dificuldades e potencialidades, gerando espaços para o pré-julgamento diante do outro, através de interpretações de resistência e incompetência, o que acaba por estabelecer ressentimento entre as equipes.

Nesse sentido, Machado (2011, p.69) trata do risco do pré-julgamento e ressentimento, os quais tendem a gerar um ciclo vicioso: “ao ficarmos ressentidos [...] ficamos paralisados, [...] e talvez neste caminho, tenham-se produzido tantas sensações melancólicas”. Quanto ao ressentimento, é importante ressaltar que ele não existe apenas entre um e outro, mas até mesmo com as condições em que os serviços se encontram, ou seja, alta demanda, equipes reduzidas, falta de recurso, falta de plano de carreira. A este ressentimento, Nietzsche (2009, apud MACHADO, 2011, p.67) aponta ser o afeto daqueles que se entregam, criando uma moral escrava negativa, que culpabiliza o outro por algo que não dar certo.

Como se observa, a culpabilização gera apenas a inércia, a paralização. O que se vinha observando nas reuniões da rede de proteção à criança e ao adolescente no município. Nesse sentido, é importante identificação das estratégias para se que se faça um movimento em busca da mudança, das conquistas, sendo necessário mudança nos modos de agir, mostra-se necessário o empoderamento dos profissionais componentes da “rede”. Para Lancetti (2013),

As maneiras como as equipes estabelecem relações com outras equipes fazem toda a diferença no trabalho em rede. Se as aproximações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria. Mas, na medida em que consigam reconhecer que são complementares e compreender suas finalidades de produção de saúde ampliada; podemos dizer que as equipes estão conseguindo construir uma rede quente, propiciando a autonomia e participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado (BRASIL, 20130, p.24-25).

Quanto à sensação vivenciada e a impressão inferida ao realizar as entrevistas do grupo focal, foi de que a MP mostra-se, como já afirmado, motivada para o estabelecimento de ações que efetivem, movimentem a rede, possivelmente por estes profissionais serem os que pertencem às reuniões da rede de proteção dos direitos das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, uma vez que nessas reuniões foi percebida a importância de um diagnóstico para possíveis mudanças. Já com relação à EP, foi percebida a utilização de mecanismo de defesa. Ao falar, por exemplo, sobre a fila para avaliação psicológica, a equipe solicitou que fosse apontada a escola que vinha fazendo os encaminhamentos, enfocando, dessa forma, na culpabilização. Assim, foi necessário explicar que o objetivo não era apontar culpados, mas compreender a rede e as complexidades envolvidas no processo de cuidado. Inicialmente, foi percebida também a necessidade por parte de

alguns participantes em manter o gerenciamento, como se a escola não o tivesse, e, se tivesse, ter-se-ia o mínimo de dificuldades, uma vez que acreditavam que as relações entre a secretaria de educação como um todo fosse quase perfeitas. Entretanto, aos poucos, foi percebida a falta de articulação com outros setores, a falta de comunicação entre a própria secretaria, em que, por exemplo, não há entendimento sobre algumas instruções por ambas as partes, isto é, informação sobre gestão, sobre as próprias escolas, em que escolas não seguem o fluxo de encaminhamentos, e, por fim, existia, ainda, a falta de pertencimento já mencionada.

Ayres afirma que

Quando se busca, por outro lado uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das instituições de saúde e suas atividades, quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado (AYRES, 2004, p.28).

Quanto a essa fragmentação do cuidado, em que foi identificada a compartimentalização dos serviços impedindo a efetiva atuação intersetorial, a formação mostrou-se de grande importância para o entendimento dos fatores relacionados a ela. Em sua maioria, os participantes apresentaram tanto formação inicial, quanto continuada, com características disciplinarizantes, enfastiando as especializações. Tal fato, na prática, reflete em ações compartimentalizadas, em que os setores buscam cada vez mais especializações a fim de potencializar a suas ações dentro da área na qual estão inseridos. Nesse sentido, há pouca reflexão sobre as práticas intersetoriais. No dia a dia da prática isto se observa, por exemplo, quando é preciso agendar uma reunião da qual seja necessário a participação dos outros setores. Como cada um sempre está “correndo com as suas obrigações setoriais”, ao se reunir para discutir assuntos de “outras secretarias”, havia o entendimento de que a ação final de ações articuladas não beneficiasse o coletivo, a qualidade e garantia de direitos dos usuários. Entretanto, foi possível durante este estudo, mostrar um espaço de articulação, discussão e identificação de estratégias nas ações da rede, a fim de evitar ações duplicadas e poder favorecer a produção do conhecimento através da troca de informações.

O questionamento que se faz, é, que rede é esta, em que não há comunicação, não há articulação, nem mesmo o sentido de pertencimento? Ao que

se poder concluir, é a inexistência de uma rede, visto que não há inter-relações, visto que não há troca de saberes, não havendo, portanto, o cuidado em rede.

Deste modo compreende-se que a rede, quando desarticulada, contribui para que o cuidado tome forma de “descuidado”. Morin (2004) aponta reflexões sobre conhecimentos fragmentados que desencadeiam práticas isoladas sem interação entre saberes. A realidade, dessa forma, também se mostra limitada a um olhar míope como fruto da hiperespecialização, neste sentido Morin aponta que “[...] a especialização que se fecha em si mesma sem permitir sua integração em uma problemática global ou em uma concepção de conjunto do objeto do qual ela considera apenas um aspecto ou uma parte” (MORIN, 2004, p.13).

Morin (2004) apresenta os desafios da atualidade e a necessidade de compreendermos a complexidade da contemporaneidade por meio do conhecimento articulado entre diversos saberes e com um olhar ampliado para a realidade da criança. Realidade essa que comumente é ignorada em sua amplitude. Nessa via de raciocínio, Fazenda (2005, p.50) afirma que “[...] a Educação Interdisciplinar é uma forma de compreender e modificar o mundo, o homem é agente e paciente de uma realidade que, portanto, precisa ser investigada em seus mais variados aspectos”.

Para Morin, é possível responder aos desafios das complexidades através da “organização destes conhecimentos”. Articular os conhecimentos possibilita que os desafios do dia a dia, assim como os conhecimentos sobre a rede, suas complexidades e demandas, seja paulatinamente transformado, trazendo movimento para essa rede, tornando-a “possível e realizável”, de modo a possibilitar o cuidado integral. Seria então, um cuidado contextualizado, flexível e articulado.

.Nesse sentido, Morin (2004), aponta que “o problema não é bem abrir as fronteiras entre as disciplinas, mas transformar o que gera essas fronteiras: os princípios organizadores do conhecimento” (2004, p.25.)

Por fim, ao relacionar a importância da formação com a prática profissional, em que a interdisciplinaridade possibilita, orienta para a intersetorialidade, e principalmente, por compreender que o resultado será na qualidade do cuidado, apropria-se, aqui, da reflexão de Marcel Proust (apud MORIN, 2004, p.107), em que ele diz: “Uma verdadeira viagem de descobrimento não é encontrar novas terras, mas ter um olhar novo”.

6.2 DA CONSTRUÇÃO DA REDE ÀS NOVAS PERSPECTIVAS, NOVOS OLHARES PARA O CUIDADO.

Importante se torna esclarecer que compreender o entendimento dos profissionais, bem como conhecer as complexidades envolvidas no processo da patologização, medicalização, teve como proposta desprender-se de suposições e pré-julgamentos para aproximar-se da realidade dos profissionais. Tarefa desafiadora para a pesquisadora que compõe a rede de cuidado; tarefa também instigante já que o desfecho desta compreensão levou a pesquisadora a campos até então desconhecidos na prática profissional cotidiana, possibilitando, por exemplo, a imersão teórica à busca da compreensão as políticas de educação, ao sistema de ensino.

Quanto ao caminho coerente e construtivo para o se chegar a tais complexidades, Machado (2011) nos orienta no caminho de busca de compreensão,

A idéia aqui é expor essas considerações para percebemos que essa relação que se opera, quando julgamos negativamente a maneira do outro pensar, como se o pensamento dele fosse impedimento ao nosso trabalho, estabelece um vínculo de desigualdade. A boa forma de agir fica sendo aquele de que vê e percebe o que o outro não vê e não percebe. Defendemos na postura crítica, a necessidade de se considerar a construção histórica dos fenômenos sociais. Mas, ao julgarmos negativamente as falas e pensamentos que não condizem com aquilo que defendemos (por exemplo, quando tratamos o pedido de diagnóstico como gesto discriminador, fica parecendo que existiria uma melhor forma de entender o mundo que, quando não ocorre, revelaria equívocos de uma subjetividade que se engana e é enganada. [...] Quando tratamos estes modos de agir como os que não devem acontecer, **não** afirmamos os processos de subjetivação que são constituídos, **não** entramos em contato com as formas de produção dessas verdades, e, portanto, **não** conseguimos criar formas de intervir nessas produções. Muitas vezes produzimos, **sim**, efeitos de generalização, culpabilização e exteriorização, como se as maneiras de pensar e agir dos outros não fossem constituídas nas relações que habitamos (MACHADO, 2011, p. 68, grifos nossos).

Diante do exposto, acredita-se que para se chegar à discussão dos indicadores de patologização no município, considerando que os participantes da pesquisa são profissionais que estão na linha de frente do cuidado à criança e ao adolescente, entender a organização da rede, a formação dos profissionais envolvidos na pesquisa, a relação de suas práticas com as políticas públicas e com o cuidado, seria fundamental para a compreensão dos fatores envolvidos no processo, buscando, neste sentido, evitar a culpabilização (MACHADO, 2011, p. 68)

– fator que paralisa a rede. Assim, esta pesquisa se fez importante no sentido de identificar estratégias para a otimização da rede de cuidado e de ofertar qualidade e garantia de direitos do público e dos próprios profissionais que compõem a rede, pois se levou em conta que o cuidado verdadeiro só é possível considerando ele como uma relação, em que faz parte o usuário, os familiares e o profissional de cuidado. Nesse sentido, compreender as implicações presentes no dia a dia deste profissional mostrou-se revelador.

Os indicadores da patologização foram apresentados através dos relatos dos participantes desde a primeira entrevista do grupo focal, permeando as discussões, e veio a consolidar-se no terceiro encontro referente ao tema patologização. A compreensão do processo se deu através da discussão sobre o que pode ser chamado de sintoma inicial de patologização, isto é, os encaminhamentos inconsistentes.

Conforme apresentado no capítulo dos resultados, os participantes, principalmente no que se referem ao EP, apontaram que os encaminhamentos para o psicólogo, o psiquiatra, o neurologista, correspondem a dois fins: o primeiro visa **suporte aos professores** e o segundo o **diagnóstico do aluno**. No que se refere aos encaminhamentos **para fins de diagnóstico**, foi relatado que os encaminhamentos das crianças buscavam constatar ou descartar diagnósticos que destinavam às crianças para a **sala de recurso** ou outras **adaptações** que se fizessem necessárias.

No que concerne ao **encaminhamento visando suporte**, da psicóloga escolar, psicóloga clínica, e médicos no intuito destes orientar os professores quanto aos alunos que apresentam as supostas dificuldades, neste momento será feito a discussão enfatizando a psicologia, deixando a discussão referente a atuação médica mais adiante.

O suporte dos profissionais de psicologia em relação às professoras mostra-se compreensível, ou mais, imprescindível, visto a riqueza da troca de saberes, como foi apontado anteriormente ao citar a organização do conhecimento. Além disso, tal suporte é de fundamental importância, considerando o espaço que o psicólogo escolar ocupa dentro da equipe multiprofissional, conforme apontado pelo CRP-08 (Conselho Regional de Psicologia - Paraná):

Sua participação na equipe multidisciplinar é fundamental para respaldá-la com conhecimentos e experiências científicas atualizadas na tomada de decisões de base, como a distribuição apropriada de conteúdos programáticos (de acordo com as fases de desenvolvimento humano), seleção de estratégias de manejo de turma, **apoio ao professor** no trabalho com a heterogeneidade presente na sala de aula, desenvolvimento de técnicas inclusivas para alunos com dificuldades de aprendizagem e/ou comportamentais, programas de desenvolvimento de habilidades sociais e outras questões relevantes no dia-a-dia da sala de aula, nas quais os fatores psicológicos tenham papel preponderante (CRP-08, 2007, p.17).

No entanto, a visão predominante da maioria dos profissionais quanto à atuação do psicólogo na escola está ligado ao caráter avaliativo. Nessa linha de compreensão, o psicólogo clínico e escolar diferenciam-se em sua atuação no sentido de que um faz atendimento clínico e o outro não, mas o caráter de avaliação e diagnóstico é conferido a ambos. Esse fato pode ser observado no relato de uma das participantes do MP, que afirmou que foram quase três anos para que a atuação da psicóloga escolar fosse compreendida como não somente restringida a avaliação e diagnóstico. Tal característica ainda gera ruídos na relação com outras profissionais quando ela busca superar o instituído, através de práticas que tragam a reflexão do sistema de ensino, dos professores, a exemplo a capacitação que vem oferecendo aos professores através da abordagem sistêmica, o qual inclusive foi apontado como potencialmente construtivo e eficaz visto que favorece a reflexão dos professores quanto ao olhar do cuidado voltado as crianças e seus contextos, em que vem trazendo mudanças na postura do professor, conseqüente melhora no desenvolvimento do aluno ou seja o que apresenta o trabalho do psicólogo como amplo, por isto, a restrição a avaliação psicológica, é no mínimo reducionista.

No que se refere à psicóloga denominada como clínica, ou seja, ligada à secretaria da saúde, é conferida a ela o poder do diagnóstico e cura, em que muitas casos, um sintoma de laços familiares fragilizados, de situações de violência e vulnerabilidade social, vinham sendo delegados ao “tratamento clínico”, desresponsabilizando outras equipes, e descontextualizando a história da criança ou adolescente.

A fim de ampliar o entendimento sobre o papel do psicólogo voltado para a lógica higienista, que se faz presente no discurso dos participantes, e que se mostra reforçado pelas políticas públicas através das determinações de avaliação diagnóstica para a inserção de alunos com necessidades especiais, faz-se necessário compreender o que Meira aponta como psicologização (MEIRA, 2011).

A psicologização, no cotidiano escolar, conforme Meira, surgiu no Brasil nos séculos XVIII e XIX, no movimento higiênico-pedagógico o qual introduziu as ideias da medicina social, higienista, com o objetivo de normatizar o modo de vida e reimprimir os comportamentos considerados inadequados de modo que a escola seria um ambiente propício para a prevenção de doenças mentais. É neste contexto que a psicologia se constitui, mantendo até os tempos atuais a atribuição de práticas higienistas. (COSTA, 1984 apud MEIRA, 2011, p.113).

Meira aponta ainda que neste cenário a lógica natural é de que “as emoções não podem ter lugar na escola, a não ser na qualidade de sintomas psicopatológicos”. Nesse sentido, surge a exclusão quando a diversidade não é aceita, sendo interpretada como risco para “a concentração dos alunos na execução das atividades de estudo”.(MEIRA, 2011, p.114)

Conforme aponta Souza, a psicologia escolar e educacional ao longo da história disponibilizaram um dado corpo teórico e uma dada forma de intervenção que acabou por “fortalecer uma compreensão *biologizante* ou *medicalizante* da constituição e do desenvolvimento do psiquismo humano e, em consequência, dos motivos que levam a não aprendizagem.” (SOUZA, 2010, p.62). Nesse mesmo sentido, a autora aponta para o fato de a psicologia e a psicologia escolar, a partir do livro *Psicologia e Ideologia: Uma introdução crítica a Psicologia Escolar* (PATTO, 1984), “passaram a perguntar a serviço de quê e de quem estariam, em uma sociedade de classes, bem como a que prática psicológica se vinculariam” (SOUZA, 2010, p.58), surgindo, no fim de 1980, a discussão contra essa forma de atuação biologizante. No entanto, no ano 2000, coma propagação da genética, neurologia e neuropsicologia, o tema volta com “nova roupa” (SOUZA, 2010, p.63), em que retomam a lógica das dificuldades centradas no indivíduo ignorando suas relações e suas dimensões histórica, político e social. Através deste retorno, tendo a ênfase voltada para a neurologia, biologia, surge a medicalização e os diagnósticos. Assim, a psicopeagogia e a psicomotricidade são tidos como aliados na realização de diagnósticos, propondo uma série de atendimentos e de acompanhamentos individuais da criança ou do adolescente, “reforçando a idéia de que o problema do não aprender está na criança e que o tratamento ou acompanhamento ou ainda a reeducação permitirão que esta criança volte a aprender” (SOUZA, 2010, p.63).

Dentro dessa perspectiva de avaliação, os professores sentem-se impotentes. Tal fato pode ser identificado na pesquisa através do discurso presente tanto na MP

como na EP, em que confirmaram reconhecer este sentimento na prática diária dos professores. Diante da biologização dos “problemas de aprendizagem”, o professor alfabetizador sente-se impotente em agir. Nesse sentido, Guarrido (2010) aponta para o fato de crianças e adultos sentirem-se impotentes diante da desresponsabilização conferida a eles, já que tais problemas são vistos como decorrentes do funcionamento cerebral em que confere ao especialista a identificação, mostrando, desta forma, a “permeabilidade da escola ao discurso” (GUARRIDO, 2010).

Segundo Souza,

a hegemonia que foi fortalecida nas práticas do psicólogo, do pensamento de que o profissional de psicologia pertencia somente à área da saúde e com uma abordagem que não contempla o âmbito da complexidade do processo institucional, enfraqueceu outras áreas de atuação existentes como, por exemplo, a área educacional (SOUZA, 2010, p.62).

Nesse sentido, a hegemonia biologizante e a atuação psicológica de caráter avaliativo predominam, não havendo o real entendimento sobre as atribuições do psicólogo e a sua ampla e vasta forma de se fazer presente de maneira a contribuir para as equipes multiprofissionais.

No que se refere aos encaminhamentos **para fins de diagnóstico**, destaca-se as avaliações que encaminham os alunos para sala de recursos; o que traz uma rica discussão, reflexão e entendimento sobre as complexidades envolvidas nesses encaminhamentos.

De acordo com os relatos, pode-se identificar a crença da EP e de alguns participantes da MP no sentido de perceberem as salas de recursos como um espaço privilegiado aos alunos que necessitam de atenção especial. Eles entendiam que tais salas oferecem recursos que não podem ser encontrados na sala comum, o que provocou a reflexão sobre as lacunas do ensino regular. Além disso, floresceu o sentido de que o processo de escolarização como um todo deixa de ser avaliado e o foco das dificuldades desloca-se para a criança.

Souza chama a atenção para o momento histórico em que a educação vem se apresentando de má qualidade, através dos índices tão exaltados pelo próprio ministério da saúde, e que, no entanto aponta índices, municipais, estaduais e principalmente no que se refere ao índice internacional como muito baixos em que se vê o avanço da mercantilização da educação. É nesse contexto que a “culpa”

recai sobre o aluno que permanece anos na escola e se mantém analfabeto (SOUZA, 2010, p.64-65).

Neste sentido, Carvalho e Martins (2011) discutem sobre a precariedade e inoperância dos serviços de atenção à saúde e educação como geradoras de exclusão, que, por sua vez, geram as necessidades de inclusão. Conforme apontam,

Quase 12 anos após da adoção da constituição federal o governo demonstrou muita debilidade na implantação das almeçadas medidas inclusivas, vide os escassos investimentos destinados à estrutura e infraestrutura das escolas do país e, sob tais condições, o saldo advindo parece não ser o de, realmente, promover a *inclusão dos excluídos*, haja vista que sequer foi vencido o desafio de não se *excluir os excluídos* (CARVALHO, MARTINS, 2011,p.31).

Machado ressalta que “a presença de aluno com deficiência tenciona o instituído: o sistema de avaliação, os critérios e indicadores de aprendizagem, a função da escola, o sentido do aprender” (MACHADO, 2011, p.81). Nesse sentido, o autor afirma ainda que o questionamento não se volta para o quê ensinar, mas sobre a impossibilidade em pensar em executar muitas ações, considerando a realidade em que se encontram as redes de ensino e as condições de trabalho do professor.

Os estudos de Souza (2010), Carvalho e Martins (2011) e Machado (2011) apontam para a triste realidade do sistema escolar, em que a falta de recursos humanos e físicos, apresentados através de baixo índice de qualidade, demonstram a falta de preparo para se fazer a inclusão. Tal fato pode ser visto nos relatos dos participantes da pesquisa (nas páginas 100 e 104 desta pesquisa) em que apontam diversos obstáculos, prejudicando, ou mesmo impedindo, os profissionais em dar a atenção diferenciada em sala de aula através de um olhar voltado para a singularidade do aluno. Em seus relatos foi ainda possível perceber que, por exemplo, diante de uma sala de aula lotada, em que os professores precisam “dar conta” de passar um conteúdo, sentem-se pressionados em manter um bom nível diante das exigências dos índices de qualidade e que, por haver apenas um professor em sala de aula, a singularidade dos alunos acaba ficando invisível. Assim, quando alguma criança apresenta necessidade de atenção especial a fim de desenvolver habilidades em alguma área específica, tem dificuldades em conseguir a desenvolver na sala comum. Portanto, as avaliações psicológicas surgem a fim de justificar uma reprovação ou a fim de aliviar a angústia do professor que justifica o baixo rendimento do aluno. Podem ainda ‘servir’ no sentido de que os

encaminhamentos para as salas de recursos valham para preencher as lacunas da falta de investimentos do governo na área da educação, o que reflete na falta de condições de se fazer inclusão no ensino regular.

No entanto, identificou-se a falta da compreensão desta totalidade de causa-efeito, quanto ao sistema tecnicista que visa números para que possam apontar um índice de rendimento através do IDEB, mas que não oferece qualidade para garantir o direito do sistema de ensino, tanto para o aluno quanto para o professor. Nesse sentido, identificou-se, principalmente no que se refere à EP, que o que ofusca essa compreensão é a ideologia mantida por um sistema de gerenciamento tecnicista, presente no discurso de algumas gestoras da EP, expressas por meios de mecanismos de defesa em que apresentam resistência em admitir as dificuldades do dia a dia da escola. Assim, assumem uma postura de defesa em “honra” de um sistema de ensino idealizado, mas que se mostra alheio às reais necessidades dos alunos. Mesmo os que estão atentos a este processo mostram-se de mãos atadas, visto o sistema imposto, em que as leis são dadas para que sejam cumpridas e não questionadas.

Cita-se, como exemplo do exposto acima, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASÍLIA, 2008), na qual se prevê o acesso a todos através da política de inclusão, mas não garante recursos humanos e preparo destes para a inclusão. A lei prevê “uma educação de qualidade para todos”, mas, na realidade, segue-se a lógica quantitativa, em que através do IDEB se mede os índices e resultados dessa produção, mas não oferta recursos para que a qualidade seja mantida ou mesmo conquistada. Nesse sentido, entende-se que ao mesmo tempo em que o ministério da educação prega a diversidade, gera, através das exigências de números, e invisibilidade da singularidade, práticas de exclusão em que, ao assumir o gerenciamento, o professor visa os índices e não a diversidade.

Nesse contexto, Carvalho e Martins (2011) dizem reconhecer que “a criação de políticas de educação especial orientada pela inclusão e da educação para todos, no entanto não é o que realmente se apresenta “uma vez que, real e concretamente, inexitem as condições objetivas para a almejada inclusão social” (CARVALHO; MARTINS, 2011, p.33). Ao que se possa falar sobre o olhar, Carvalho e Martins (2011, p.32) afirmam: “[...] a sociedade capitalista nos mostra, sem tréguas, a sua

incapacidade para assegurar aos indivíduos um lugar de igualdade, ampliando a olhos vistos inúmeras formas de exclusão/alienação”.

Ainda nesse âmbito, Meira (2011) faz entender que a permanência por longos períodos de tempo de crianças e jovens que nunca chegam a se apropriar de fato dos conteúdos escolares não deixa de ser uma forma de exclusão sutil quando comparada à falta de acesso a escola. No entanto, não deixa de ser menos violento que esta última. Neste sentido, Bourdieu (1999, apud MEIRA, 2011 p.93) fala dos “excluídos do interior”, ou seja, crianças que são mantidas nas escolas, os “excluídos em potencial”. Nesse sentido, encontram-se as crianças que se mantêm analfabetas dentro da escola em séries já avançadas.

A fim de compreender o impacto deste sistema que visa o gerenciamento tecnicista, mas que não gera condições para a real inclusão, recorre-se às considerações de Tuleski e Chaves (2011) em que apontam,

Consideramos que a preocupação em avaliar o sistema de ensino, por um lado, evidencia e legitima o papel da educação no processo de desenvolvimento social, mas por outro, se a leitura dos números for elevada a efeito da forma desatenta e superficial limitando-se à aparência do fenômeno, pode contribuir para que o baixo rendimento seja diagnosticado como patologia - tanto em instituições públicas quanto privadas -, ao invés de buscar-se a reavaliação dos procedimentos didático-pedagógicos e procurar elementos explicativos situados além das unidades educativas (TULESKI; CHAVES, 2011, p. 204).

Neste sentido, as autoras discorrem sobre a avaliação equivocada, em que a atribuição ao baixo rendimento recai sobre a criança, que é vista como portadora de um transtorno. Neste sentido, o foco desloca-se do processo de escolarização ou de “ensinagem” e volta-se à criança, que acaba sendo patologizada.

Tuleski e Chaves (2011, p.206) apontam para a dicotomia dos processos de ensino e aprendizagem em é conferido ao desenvolvimento orgânico a base para a aprendizagem. Desta forma, se retira da escola e do educador sua função primordial de ensinar. Eidt, Tuleski e Franco (2014, p.17), ao problematizar a questão ensino-aprendizagem, apontam que “entender o fenômeno da não-aprendizagem não significa apenas descrevê-lo, mas principalmente compreendê-lo como um fenômeno produzido”.

Diante do exposto, compreende-se que por trás das cortinas do teatro da inclusão, encontra-se uma política de gerenciamento voltada para a exigência dos resultados e dados numéricos que, ao invés de garantir a qualidade do ensino e a

diversidade a qual se propõem no cotidiano, visa garantir um sistema tecnicista baseado em resultados, mas que não oferece qualidade para que este se realize. O próprio documento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASÍLIA, 2008) tratadas leis e decretos de inclusão, e a preocupação final foi em apresentar o diagnóstico pontuando os índices e resultados numéricos referentes à política proposta.

O que se aponta é que o próprio sistema de ensino, através das políticas públicas, prescrevem instruções de inclusão conforme declarado em diversas leis e decretos citados na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasília, 2008), mas que ele mesmo se contradiz ao buscar priorizar resultados quantitativos. Assim, deixa de priorizar a política de educação inclusiva em que proclama a educação atenta à diversidade, mas cobra resultados quantitativos desencadeando a estratificação de desempenhos, favorecendo as avaliações e consequente patologização e exclusão.

No entanto, de nada adianta justificar o sistema imposto e não questionar, não buscar mudar esta realidade. Nesse sentido, para que haja a inclusão de fato, há que se refletir sobre a responsabilidade não apenas dos professores, mas da comunidade no geral, como sugere Cruz e Tassa:

Cabe aos envolvidos no processo, contribuir para a ressignificação da formação de professores e conseqüentemente para o desenvolvimento de culturas, políticas e práticas de inclusão. Cabe lembrar que nenhum professor efetiva a inclusão escolar solitariamente. Faz-se necessário então, que professor, escola, pais e comunidade se unam no exercício de uma proposta de inclusão escolar (CRUZ; TASSA, 2012, p.12).

Spazziani e Colares (2010) tratam da importância de se romper com o discurso medicalizante imposto pelas concepções de saúde-doença trazido pela medicina, através da noção social das questões relacionadas à saúde, em que há permeabilidade entre constante do social histórico com as questões relacionadas à saúde em que questões culturais. Atenta-se ainda para a reformulação dos saberes, no sentido de que há uma “visão que há muito tempo tem contribuído para aprofundar as dificuldades do olhar da escola para as crianças e para com os saberes em saúde” (Spazziani e Colares, 2010 p.173). Neste sentido, atenta-se para a necessidade de ressignificação das temáticas de saúde na escola.

Essa articulação pressupõe uma finalidade daquela que tem predominado na discussão da temática do ambiente da escola, assim como destina ao professor um outro papel nas relações de ensino e de aprendizado, cujos reflexos são resultados de um novo olhar para a criança e o jovem na escola (Spazziani e Collares, 2010 p.173).

Ao que se observa, mostra-se necessário que as dificuldades do sistema de ensino sejam desmascaradas; que os mecanismos de defesa sejam reconhecidos; que a verdade quanto a medicalização e patologização, bem como a exclusão, sejam postos às claras, tornando possível a mudança de paradigma e a construção de um novo olhar para o saber em relação à saúde, resgatando a ideia de pensar saúde enquanto projeto de felicidade (AYRES, 2004). Nessa direção, compreender a saúde em sua integralidade, física, mental, cultural e social é preponderante, uma vez que tal compreensão nos atenta para a necessidade de organização intersetorial, em que os serviços articulados contemplem as diversas áreas necessárias para um projeto de vida, de saúde, de felicidade.

A fim de enriquecer a discussão, apresenta-se neste momento a crença no discurso médico que foi possível identificar por meio dessa pesquisa. Conforme relato de participantes desse estudo na pg.80 profissionais que compõem a rede de cuidado, pais, professores, a sociedade como um todo –, eles vem se mostrando alheios à compreensão sobre as ideologias; eles acreditam, de fato, no poder curativo da medicação e no discurso medicalizante. Acrescenta-se a isso o fato de que as crianças que apresentam dificuldade de aprendizado/comportamento, e que são encaminhadas para avaliação médica, em sua maioria são medicadas sem que sejam questionados os efeitos colaterais do uso das medicações e seus efeitos em longo prazo. Assim, cabe o questionamento: a que preço essas crianças estão sendo medicalizadas? A resposta é: possivelmente ao custo de sua subjetividade.

No entanto, tendo como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais também quanto à medicalização, torna-se necessária a reflexão sobre a crença no discurso médico. Ao focar as complexidades envolvidas no processo de patologização, a crença no discurso médico mostra-se evidente, contextualizando-a com seu processo histórico a qual se constituiu do campo da ciência hegemônica ao conhecimento do “homem comum” (Berger, Luckmann), correspondendo à ideologia medicalizante.

Retomando as pontuações em que Ayres (2004) coloca a saúde enquanto felicidade, a reflexão que se faz é a cerca da função da medicação, medicalização

na sociedade. Que interpretação se tem sobre saúde (felicidade) na contemporaneidade? Não estaria a medicação fazendo o papel que nos cabe enquanto cuidadores, sendo a medicação um ilusório suporte para o sofrimento? Segundo Cruz (2010, p.20), “Uma nova prática asilar vai se expandindo, a prática do enclausuramento do sofrimento através da medicalização do corpo, individual e social”, em que o sofrimento deixa de ser analisado revelando a origem de seus sintomas, e passa a ser controlado pela “clínica moderna” (Foucault, 2003). Pertencente à ordem da clínica psiquiátrica, a qual a autora, através da discussão sobre escritos de Foucault (2003) e Birman, (1999), aponta para a produção da subjetividade dominante no contemporâneo em que anula as emoções, afetos, através da medicalização. Quanto a este controle Birman aponta,

Então os sintomas deixam de ser analisadores de formas de organização subjetiva, formas históricas de organização sociopolítica, de modos de subjetivação que trazem sofrimento para os sujeitos, e que por isso mesmo são expressões que apelam à reinvenção do viver, para serem “reduzidos à condição de negatividade absoluta, signos de transtornos neuro-hormonais” (BIRMAN, 2001, p.24).

Nesse mesmo sentido, Guarrido (2010, p.29) descreve que crianças estão sendo medicadas a fim de sanar “sintomas das crianças”, sem considerar o contexto ao qual ela está inserida e sem levar em conta a sua singularidade, em que “no lugar de considerar o psiquismo em estruturação, supõem-se um déficit neurológico”.

A realidade que se mostra é de uma ideologia medicalizante que transforma em doença questões de ordem social, em que conflitos emocionais tomam uma dimensão maior. A fim de contextualizar a problemática, atenta-se ao fato de que estas são práticas decorrentes de um saber reducionista e biologizante que fragmenta o conhecimento reproduzindo automaticamente a ideologia medicalizante.

Santos (1988) e Morin (2004) enriquecem o discurso sobre a produção do conhecimento científico, ao apresentarem a compreensão da condição humana na modernidade pautada em um saber especializado, fragmentado, em que se constata o saber médico, biologizante como dominante na questão da medicalização.

“Medicalização foi tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social” (GUARRIDO, 2010, p.30). A autora, ao contextualizar a medicalização com os ideários do homem moderno e o biopoder, de Foucault (1979), apresenta a articulação que Foucault faz quanto ao desenvolvimento das disciplinas do corpo e o controle dirigido às populações no século XVII como sendo mecanismos de poder na

regulação da vida, configurando o biopoder¹. Segundo a autora, a noção de biopoder dá ênfase

à medicina como participativa dos discursos que compõe a própria experiência de existência humana na modernidade. A medicina não como soberana no exercício do poder, mas como discurso que compõem as estratégias políticas de gestão da vida, de que Foucault, o que nomeia como biopolítica² (GUARRIDO, 2010, p.31).

Através da hegemonia do determinismo biológico, em que confere à medicação a cura do sofrimento, que por sua vez transforma em doença todo e qualquer tipo de sofrimento, que a medicalização se apresenta como forma de controle da vida na contemporaneidade. Guarrido aponta,

Estamos dizendo com isso que a tradução dos fenômenos humanos em seu funcionamento bioquímico, e, por se por vezes, sua redução a estes fenômenos apresenta-se fortemente ligada à expressões do discurso médico hoje em circulação. Ainda que a biologização dos fenômenos humanos não se reduza ao domínio da medicina é, no entanto, no âmbito médico, sem dúvida que a tecnologia vem sendo utilizada e difundida de forma importante e determinante daquilo que consideramos como condição humana no contemporâneo (GUARRIDO, 2010,p.32).

A ideologia medicalizante pautada no determinismo biológico que se prolifera através da crença no discurso médico, ofusca a verdade e traz a ilusória crença de que a medicação é a única forma de contribuição para uma vida saudável, feliz, de bem estar, sem a grande massa perceber que essa ideia enriquece e mantém o poder de poucos e reitera o processo de medicalização.

É importante ressaltar a afirmação de Santos sobre a industrialização da ciência a qual “[...] acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas” (SANTOS, p.1988, 12-22). Neste ponto, identifica-se a abertura da

¹Biopoder é o crescente ordenamento em todas as esferas sobre o pretexto de desenvolver o bem estar dos indivíduos e das populações...esta ordem se revela como sendo uma estratégia, sem ninguém a dirigi-la, e todos cada vez mais emaranhados nela, que tem como única finalidade o aumento da ordem e do próprio poder. (Dreifus, 1995 p. XXII)

²A Biopolítica se preocupa com os aspectos da vida e da morte, com o nascimento e a propagação, com a saúde e doença, tanto física quanto mental e com os processos que sustentam ou retardam a otimização da vida e de uma população....Dessa perspectiva a biopolítica se preocupa com a família, a administração da casa, as condições de vida e de trabalho, com o que chamamos de estilo de vida, com questões de saúde pública, padrões de migração, níveis de crescimento econômico e padrões de vida.(DEAN, M. apud Lima, 2004, p.99)

ideologia medicalizante, a qual busca legitimar o saber médico desencadeando a biologização da vida.

A fim de compreender o processo de biologização presente no cenário do cuidado infantil, bem como entender a produção do conhecimento dos professores quanto ao uso da medicação, a leitura quanto à produção do conhecimento possibilitou a compreensão de que essa prática é decorrente de uma ciência hegemônica que, pautada na busca da verdade, crê no conhecimento científico como a única forma de se chegar na apreensão da realidade.

Seguindo esta reflexão a fim de enriquecer a compreensão sobre a produção do conhecimento, Beger e Luckman (2004) nos apresentam a realidade como uma construção social onde o homem interage na vida cotidiana com outros. Desta forma, a realidade apresenta-se ainda como um mundo intersubjetivo, sendo assim um mundo em comum de significados partilhados. Nesse sentido, compreende-se o processo da medicalização, patologização como construído socialmente. Tal fato leva ao entendimento de que a compreensão dos profissionais que compõem a rede quanto às patologias e medicações é construída socialmente, a qual teve origem na hegemonia biologizante nas ideologias medicalizantes, que se refletem na exclusão de escolares, no entanto, mascarada de inclusão.

Neste sentido, Guarrido, (2010) aponta para o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e seus critérios diagnósticos, os quais foram difundidos pela mídia leiga, através de práticas higienistas, os produtos farmacológicos vem aumentando os lucros da indústria farmacêutica e disseminando a crença e o consumo de medicação. Como afirma Cruz (2010), alienando o sofrimento. Controlando as emoções, os comportamentos.

Para compreender a importância da rede no processo de patologização, entende-se que estando a rede desorganizada, desarticulada, ela apresenta características de des-cuidado, abrindo espaço para a medicalização e patologização. Nesse sentido, mostra-se necessário potencializar os diálogos entre as equipes, para que, através da interação intersetorial, possa-se efetivar o cuidado no território. A fim de contribuir com essa reflexão, retoma-se as pontuações de Ayres (2004) quanto ao cuidado,

Quando se busca, por outro lado uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das

instituições de saúde e suas atividades, quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado. Por isso, afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos (AYRES, 2004, p.28).

Nesse sentido, compreende-se que otimizar a rede, fortalecê-la, ou mesmo estabelecê-la, mostra-se como um dos caminhos para o processo de (des)patologização.

Para finalizar a discussão, abre-se espaço para a discussão em relação a apontamentos de alguns participantes da MP e da EP referente às crianças, adolescentes e familiares, em que se apresentam sobre uma nova configuração, da qual os profissionais não se mostram aptos a lidar.

Faz-se necessária uma pausa a fim de explicar as considerações feitas pelos profissionais quanto a essa nova configuração. Considera-se como nova configuração as crianças inseridas em novos arranjos familiares, inclusive a de que crianças estão sendo inseridas nas escolas cada vez mais cedo, demandando um cuidado estendido as suas múltiplas necessidades. Em decorrência disso, o que se observa é a interpretação desta diversidade de identidades e comportamentos que acabam deslocando-se para o que se discutiu até então, sobre os encaminhamentos.

Voltando à discussão, resgata-se a dinâmica que foi usada para estabelecer os pseudônimos dos participantes da pesquisa. Tal dinâmica proporcionou uma reflexão sobre o conflito de gerações, e ressaltou a importância de estudos que contribuam para a compreensão sobre o conflito de gerações.

A dinâmica citada consistia em fazer cada participante lembrar-se de um brinquedo que havia sido especial em sua infância. Nesse sentido, surgiram vários exemplos: bonecas de borracha imitando bebês de verdade, bonecas de milho, bonecas de pano, carrinho de rolimã. Entende-se, dessa maneira, que os participantes fizeram parte de uma geração em que a diversão era subir em árvores, em que esperavam a colheita de milho para confeccionar as suas boneca. Do outro lado, temos uma nova geração em que crianças, antes mesmo de um ano, já sabem com o seu dedinho puxar os ícones dos aplicativos de um celular, em que as informações não são mais pesquisadas nas enciclopédias como se fazia

antigamente. Hoje leva-se segundos para se fazer uma pesquisa no Google. No entanto, os professores de *hoje*, continuam ensinando da mesma forma que *ontem*, mas para os alunos de *hoje*, ou seja, tal fato só pode resultar em conflitos.

Vem se discutindo, no cenário atual da educação, a necessidade de uma reformulação da prática do ensino. Morin (2004), Santos (1988) e outros pesquisadores, docentes atuais, também apontam para essa necessidade. Nesse contexto, surgem vários indicadores para compreender as novas gerações e as mudanças refletidas nas escolas. Por exemplo, podemos levar em consideração a contemporaneidade capitalista, o avanço das tecnologias, enfim, a questão é que de fato esta nova geração apresenta uma nova maneira de ser e estar no mundo, apontando para o conflito dentro das salas de que aula, que se torna claro segundo relato dos participantes.

Conforme relato de participantes neste estudo as crianças e suas famílias trazem consigo uma sobrecarga de situações da vida cotidiana em que vêem a escola como porto seguro, ou como o lugar em que os conflitos se manifestam. No entanto, o que se observa é a falta de compreensão dos profissionais e das configurações do ensino para esta demanda que se apresenta, desde o sentir-se comprometido, ou capacitado do profissional, às condições de recursos humanos para o acolhimento desta nova configuração. Neste contexto, se aponta a necessidade de repensar a prática de ensino.

O que se observou nesta pesquisa, foi que, por mais que haja profissionais que fazem de tudo para atender seus alunos, o entendimento quanto à educação ainda é a do ensino voltado aos conteúdos. Há que se repensar esse entendimento, visto que a formação da criança deve contemplar a aquisição dos conteúdos, mas também o esporte, a cultura, o lazer, a escuta, a atenção, e, porque não dizer, o amor. Considerando que a criança passa a maior parte do tempo nas escolas, e que é através da relação que a criança estabelece com os outros a interpretação do mundo e conseqüentemente da sua subjetividade, os professores assumem sim, um papel de extrema importância não apenas na vida educacional da criança, mas na construção de sua identidade e seu modo de ser, de viver, no e com o mundo.

Para compreender tal importância, basta cada um pensar sobre as pessoas significativas em sua vida, certamente na lista haverá um professor. Quando foi falado nas entrevistas que quase já não há limite entre a porta da escola e da família, é porque, de certa forma, a escola, os professores são a família estendidas

destas crianças. O foco aqui, não se recai sobre essa questão, pois há necessidade, talvez, de uma pesquisa voltada para este entendimento, para esta relação. No entanto, a fim de provocar uma reflexão sobre a necessidade da mudança dos profissionais que compõem o cuidado escolar, busca-se reflexão através da psicologia humanista, de Carl Rogers, a qual enfatiza as capacidades humanas e possibilidades inerentes do ser humano, considerando a tendência natural de crescimento pessoal, desde que as condições possibilitem tal crescimento. Sua abordagem, centrada na pessoa, citando aqui, três dimensões quanto atitudes construtivas que podem otimizar o cuidado dentro da sala de aula, são elas,

Empatia: Capacidade de se colocar no lugar do outro, de modo a sentir que se sentiria caso se estivesse em seu lugar.

Aceitação incondicional ou respeito: Capacidade de acolher o outro integralmente, sem que lhe sejam colocadas quaisquer condições e sem julgá-lo pelo que sente, pensa, fala ou faz.

Coerência: Capacidade de ser real, de mostrar ao outro de maneira autêntica e genuína, expressando, através de palavras e atos, seus verdadeiros sentimentos (Carl Rogers apud Feldman, 2002, p.27).

Desse modo, o profissional do cuidado, ao aceitar o aluno, criança, ou adolescente que se apresenta, como ele é e não como gostaria que ele fosse, tem de buscar compreender seu ponto de vista sem julgá-lo. Tal profissional deve ter “uma consideração positiva incondicional” (Rogers apud SCHUTZ, 1981, p. 398), estando disponível à escuta e ao acolhimento e, dessa forma, estaria de fato possibilitando o cuidado integral. Acredita-se que atitudes como essas, tanto na área da educação, quanto em todas as dos outros setores da rede, tornam o cuidado humanizado, e, através dele, transformam e são transformados.

Para finalizar, apropria-se aqui da definição de Gadotti quanto ao significado da palavra "perspectiva". Em que se é descrito:

A palavra "perspectiva" vem do latim tardio "*perspectivus*", que deriva de dois verbos: *perspecto*, que significa "olhar até o fim, examinar atentamente"; *eperspicio*, que significa "olhar através, ver bem, **olhar atentamente, examinar com cuidado**, reconhecer claramente" (*Dicionário Escolar Latino-Português*, de Ernesto Faria)". (GADOTTI, 2000,p.3)

Visto que não é da inexistência da rede, da culpabilização, da patologização e da medicalização, que esta pesquisa deve de definir como finalizada, mas que dela sejam possibilitadas reflexões para **novas perspectivas, novos olhares para o cuidado, e por um processo de des-patologização**. Diante da disposição ao novo,

ao cuidado, seguem a descrição das identificações das estratégias para a otimização da rede sugeridas pelos participantes da pesquisa no último encontro do grupo focal.

6-3 APONTAMENTOS PARA A OTIMIZAÇÃO DA REDE

Será apresentado aqui as estratégias identificadas para a otimização da rede. A identificação destas estratégias contemplou o que foi discutido no último encontro, porém, alguns pontos que foram identificados ao longo das entrevistas também são citados aqui, conforme temas discutidos:

Organização:

1. Organizar a rede **conforme proposta do grupo**, contempla as seguintes fases:
 - 1.1. Organização dentro dos setores em que as funções sejam definidas através do planejamento setorial possibilitando o estabelecimento de um plano de trabalho,
 - 1.2. Seguindo o item anterior, será possível a organização dos setores,
 - 1.3. Apresentação aos demais setores a fim de apresentar os serviços a serem ofertados no intuito de se pensar no fluxo,
 - 1.4. Elaboração de um fluxo de atendimento, neste caso um fluxo que considere a singularidade do usuário.
 - 1.5. Apresentação à comunidade sobre o fluxo de atendimento, pensando até mesmo na elaboração de uma cartilha citando os serviços voltados para a criança e adolescente.

Conforme ilustrado na ordenação:

PLANEJAMENTO → ORGANIZAÇÃO DO SETOR → APRESENTAÇÃO AOS
DEMAIS → FLUXO → APRESENTAÇÃO DO FLUXO A COMUNIDADE

Obs.: Para o planejamento, foi sugerido utilizar o recurso que uma profissional de serviço social havia trazido para capacitar os profissionais quanto às oficinas do

serviço de convivência. Tal recurso se tratava de um material de elaboração de planejamento e organização do serviço que pode ser utilizado em todos os setores.

1. Os profissionais da secretaria da cultura e o equipamento da secretaria da família e assistência social, CRAS, citaram a importância da **articulação** destas secretarias **para ofertar cursos**. No entanto, acredita-se que essa proposta de articulação pode ser estendida aos demais equipamentos que compõem a rede, sendo necessário um projeto para essa parceria quando envolver recursos financeiros.

2. Diante da colocação em vários pontos de discussão quanto às equipes reduzidas, identificou-se como necessário para otimização da rede a **contratação** de: mais um psicólogo para a secretaria de saúde; um psicólogo para a secretaria de educação e um psicólogo para a gestão da assistência social; um profissional de serviço social para a secretaria de educação; outro para a gestão da assistência social; uma fonoaudióloga para a secretaria de educação; um pedagogo em cada escola; uma psicopedagoga atuando na secretaria de educação.

3. **Capacitação** aos profissionais que compõem a rede quanto ao **conceito de rede** a fim de possibilitar a sensibilização em relação ao sentido de **pertencimento** desses profissionais, e que seja possível um trabalho em rede efetivo.

4. Estabelecer um documento de referência - contra-referência, levando em consideração a organização de um trabalho horizontal, em que haja a troca de serviço, tomando o cuidado para que não se torne algo superficial, mas que possibilite a troca de informação quando não possível a comunicação através do contato pessoal ou verbal.

Formação

1. Plano de carreira que motive a formação contínua.
2. Garantir a continuidade do trabalho desenvolvido pela psicóloga escolar quanto à capacitação para os professores através da abordagem sistêmica.

3. Possibilitar espaços de articulação entre os setores, tirando o foco do gerenciamento, para a articulação.
4. Possibilitar espaço de articulação da rede de cuidado quanto à discussão de casos em que possibilite a troca de conhecimentos e olhar voltado para a realidade desta criança e adolescente através de grupo intersetorial.
5. Capacitação aos profissionais, principalmente aos professores, voltada para o tema patologização e medicalização.
6. Abertura para o trabalho interdisciplinar dentro das escolas.

Prescrito condizente com real

1. Ao levar em consideração o desfalque de equipes, respeito por parte dos profissionais com eles mesmos, reconhecendo os limites, o que dá conta e o que não dá diante da equipe reduzida.
2. Conhecimento por parte dos profissionais quanto ao estatuto do servidor a fim de garantir os direitos seus.
3. Conhecer as políticas públicas a fim de conhecer seus direitos e obrigações, bem como os direitos e deveres dos usuários.

Patologização

- Trabalho com os pais voltados para o cuidado, respeito.
- Grupo de intersetorial para discussão, (mas em consonância com o estudo, não enfoque as patologias).
- Capacitação quanto à patologização.
- Trabalho voltado para a compreensão, motivação e formalização de uma rede de cuidado.
- Continuidade do trabalho da psicóloga escolar quanto à capacitação aos professores através da abordagem sistêmica.
- capacitação aos profissionais quanto à necessidade de repensar as metodologias de ensino e o cuidado as crianças, considerando as conjunturas atuais.
- Práticas interdisciplinares através das discussões de temas voltados a promoção à saúde na escola.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se trabalhar com o grupo focal, iniciando as discussões através da organização da rede, formação, prescrito x real para ao final chegar à discussão da patologização, foi possível a compreensão de algumas complexidades presentes no processo de patologização, mas que diante de um círculo vicioso, construído no dia a dia destes profissionais, a realidade da rede mostrou-se ofuscada, sem que houvesse ação transformadora. Até porque, uma transformação em nível de complexidade em que compõem diversos setores e profissionais, mostra-se um desafio possível de ser posto em prática, apenas através da articulação de diversos saberes, e que não é a realidade que se mostra.

Ao iniciar o grupo focal, através da discussão da rede de cuidado, identificou-se que, em sua maioria, os profissionais desconheciam o serviço e especificidades de outros setores, desde a prática até as políticas públicas que regem essa prática. No entanto, no decorrer das entrevistas, ao qual se prefere aqui denominar de encontro, já que possibilitaram encontro de saberes, foram sendo expostas várias situações que, de modo articulado, possibilitaram também à pesquisadora a compreensão da rede e o processo de patologização no município.

Quanto à organização da rede, compreendeu-se que os serviços encontram-se desorganizados, e essa desorganização influencia diretamente a rede. Não havendo um planejamento em cada setor, de modo que haja uma organização quanto aos serviços, cargos, funções, não se definem prioridades e metas, o que impossibilita um fluxo de atendimento em que possam ser definidas estratégias de atuações e interlocuções. Nesse sentido, a comunicação é inexistente ou fragmentada, sem perspectiva de continuidade e de *feedback* e, assim, as equipes mantêm-se isoladas. Considerando que as equipes encontram-se sobrecarregadas, com a alta demanda e equipes reduzidas, a desorganização permanece e se estabelece um processo de des-cuidado. Nesse cenário, em que a articulação é algo inexistente, pois os equipamentos trabalham separadamente, havendo poucos espaços de troca, conseqüentemente há a fragmentação do cuidado em que o usuário dos serviços deixa de ser visto de modo integral e contextualizado.

Outro ponto observado ao discutir a temática rede, foi a importância do sentido de pertencimento. Inicialmente, alguns participantes da EP não se sentiam pertencentes à rede de cuidado, apresentando, inclusive, mecanismo de defesa nos

primeiros encontros. Tal fato foi se reduzido à medida que a pesquisadora foi se colocando na postura de compreensão da rede e do processo de patologização, não num processo de culpabilização, a fim de possibilitar a exposição da realidade do dia a dia. Apesar de haver algumas resistências compreendidas como em que prol do gerenciamento, acabou surgindo algumas catarses reveladoras do processo de patologização.

Diante do gerenciamento que desencadeia nos profissionais mecanismos de defesa, mantendo as ideologias ofuscando a realidade do sistema de ensino, por exemplo, há urgência em práticas que lutem contra a não alfabetização, que impliquem na luta contra o instituído. É nesse sentido que a rede de cuidado atenta a responsabilidade de não permitir a inclusão excludente, através das trocas de saberes possam lutar pelo ensino-aprendizagem de qualidade.

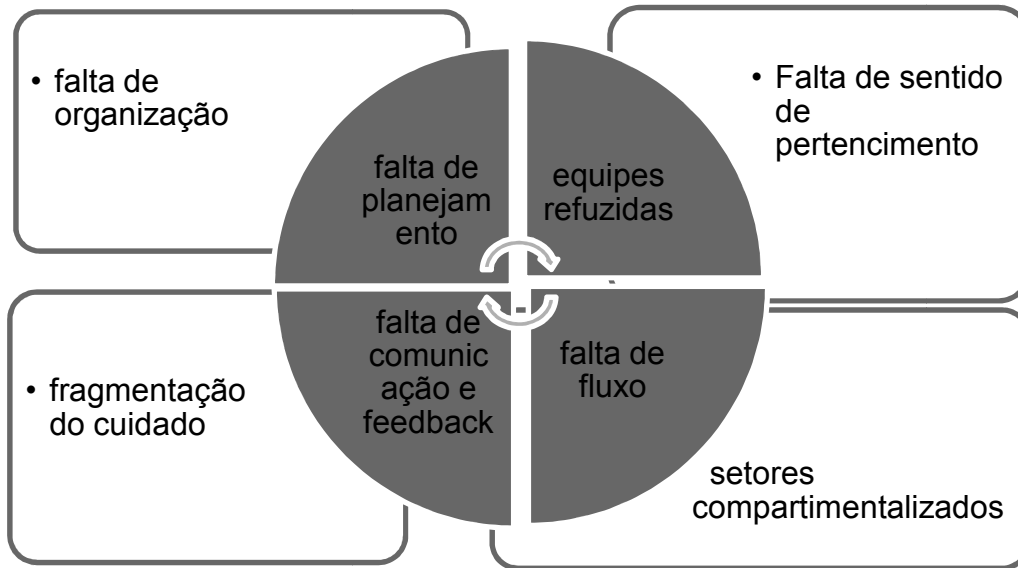
Contudo, pode-se dizer que, ao fim dos encontros, a EP apresentou-se motivada de forma que não se observava no início da pesquisa, o que leva a compreender os “encontros” de saberes como reveladores e, de certa forma, terapêuticos.

Quanto à MP, esta se mostrou motivada para a organização da rede de cuidado. No entanto, ressalta-se que estes profissionais já vinham na tentativa desta organização, mas que não compreendiam as complexidades que impediam o seu acontecimento.

Desta forma, o que se pode compreender é que não há rede de cuidado organizada no município; há equipamentos que prestam o serviço no território, de modo isolado, desarticulado, mas que não se pode definir enquanto rede de fato. Todavia, a rede que se busca supõem, não é utópica, mas que por diversos fatores ela não se efetiva.

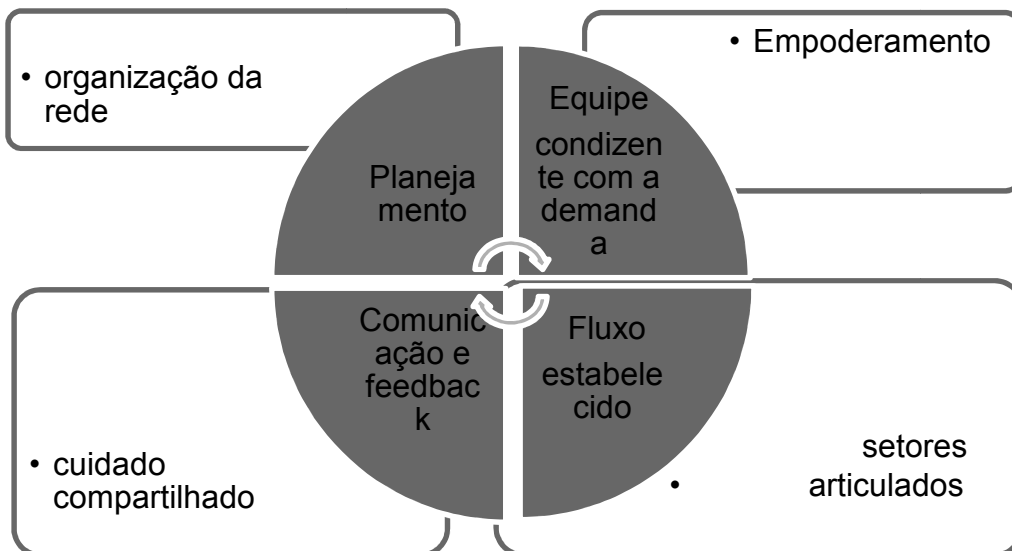
A seguir apresenta-se um quadro em que se mostra que o fato da rede ser inexistente é por questões multifatoriais. Nesse sentido, apresenta-se a rede que se tem e a rede que se quer ter. Essa última, compreendida através de apontamentos quanto à necessidade da efetivação da rede de cuidado.

FIGURA 2 - A REDE QUE SE TEM



Fonte- Figura elaborada pela pesquisadora na etapa conclusão e análise dos dados.

FIGURA 3 - A REDE QUE SE QUER TER



Fonte- Figura elaborada pela pesquisadora na etapa conclusão e análise dos dados.

Quanto ao processo de patologização, surgiram diversos indicadores de sua existência no município. No entanto, compreende-se que ele é originário da

hegemoniabiologizante e higienista, em que na prática se deslocam questões de ordem social, ou mesmo desarranjos do sistema educacional, para as crianças e aos adolescentes. A crença no discurso médico e nas avaliações diagnósticas desresponsabilizam e tornam invisíveis as falhas de um sistema que aponta desde a organização das políticas públicas, as quais conferem um gerenciamento tecnicista e não oferece qualidade para os professores e gestores ofertarem um serviço de qualidade, às falhas no dia a dia apresentadas através da afirmação quanto a não aplicação das adaptações curriculares no ensino regular.

Diante do exposto, entende-se que quando a rede não funciona abre espaço para a medicalização. Nesse sentido, é necessário que estes serviços se organizem de modo a se constituírem enquanto rede, e que o empoderamento seja lançado de dentro para fora, formando teias que ligam um ponto ao outro da rede, e que essa, constituída e fortalecida, possa de fato ofertar o cuidado.

Canguilhan (2002) nos leva a compreender que o sofrimento, ou ao que poderia ser conferido como sintoma da doença, vem nos revelar o que a normalidade não releva. Assim, compreende-se que as crianças e os adolescentes encaminhados de forma inconsistente vêm a apresentar o sintoma de uma rede inexistente, revelando o descuidado. Para que a rede assuma o seu papel enquanto cuidador, mostra-se necessário repensar suas práticas setoriais, compartimentalizadas, para uma nova prática, um novo olhar às crianças e aos adolescentes, ou seja, um cuidado pautado em sua realidade e em seu contexto através de um olhar ampliado a sua história de vida. Nesse processo em que a rede transforma-se e é transformada, necessita de constante auto avaliação e de um espaço de articulação que possibilite os “encontros entre os saberes”.

Por fim, no que se refere à interdisciplinaridade, essa se mostra distante da realidade prática, devido ao fato de a formação inicial e continuada voltar-se para as especialidades. No entanto, apontou-se no decorrer deste estudo para a necessidade de práticas interdisciplinares desde a educação fundamental, em que os saberes sejam articulados e contextualizados, de modo que se faça presente na vida e a vida nos saberes.

Evidencia-se, portanto, que o trabalho intersetorial produz uma rede de atendimento que prioriza o cuidado e a comunicação entre os serviços, mostrando-se um recurso importante para uma prática responsável de cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. **O desejo de ensinar e a arte de aprender**. Campinas: Educar, 2004.
- ANGELUCCI, C. B.; SOUZA, B. P. **Medicalização de crianças e adolescentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Sociedade**, vol. 13, n. 3, 2004, p. 16-29.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BENASAYAG, L.; DUEÑAS, G. Invención de enfermedades. In: BENASAYAG, L.; DUEÑAS, G. (Org.). **Invención de enfermedades: tradiciones a la salud y a la educación**. La medicalización de la vida contemporánea. Buenos Aires: Noveduc, 2011. p. 19-42.
- BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento da contemporaneidade. **Interface**, v. 16, n. 42, 2012,. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000300004&lng=pt&nr m=iso&tIng=pt. Acesso em: 30 jan. 2014.
- BRASIL. **Projeto “Caminhos do Cuidado”**: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Saúde mental**: caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BEGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 24 ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
- CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: TDAH. Brasília: **Psicologia: Ciência e Profissão** n° 1, ano 30, 2010. p. 46-61. Recuperado em 25 de junho, 2014 de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- CASSINS, A.M. et al. **Manual de psicologia escolar – educacional**. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.
- CARVALHO, S.R.; MARTINS, L.M. A sociedade capitalista e a inclusão/exclusão. In: FACCI, M. G. D. MEIRA, M. E. M. TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos” – uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2012.
- CHRISTOFARI, A.C.; FREITAS, C.R.; BAPTISTA, C. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educ. Real**. vol.40n°4. Porto Alegre: 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362015000401079 Acesso em: 22 de mai 2015.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez/Unicamp, 1996.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. **Educação ou saúde? Educação x Saúde? Educação e Saúde**. Cadernos Cedes, 15, 1985, p.7-16.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.) **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CRUZ, G.C.; TASSA, K. A inclusão escolar na formação de professores: perspectivas da educação física. **Anais do congresso Iberoamericano da ANPAE**, 2012. Disponível em: http://www.anpae.org.br/iberoamericano2012/Trabalhos/GilmarDeCarvalhoCruz_int_GT1.pdf

DANTAS, J. Publicidade e Medicamentos: Um mundo de imagens e promessas. **Interação em Psicologia**, 2010, 14(1), p. 131-138. Disponível em: <file:///C:/Users/ANA/Downloads/14731-70089-1-PB.pdf> Acesso em: 22 de Jun 2015.

DAYRELL, J. T. **A escola como espaço sócio-cultural: múltiplos olhares sobre a educação e cultura**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

ESTEBAN, M.T. **Fórum Construindo Vidas Despatologizadas**. Campinas, UNICAMP, 2014. (Comunicação oral – Mesa redonda).

EIDT, N.M.; TULESKI, S.; FRANCO, A.F. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 78-96, jan./abr. 2014.

FACCI, M. G. D. MEIRA, M. E. M. TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos” – uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2012

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 4^a ed. Campinas: Papirus, 1994.

FAZENDA, I. C. A.(Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FAZENDA, I. C. A. A Formação do Professor Pesquisador -30 anos de pesquisa. **Revista e-Curriculum**, v.1, PUC. SP, 2005. Recuperado em 25 junho, 2014 de <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/3111>

FAZENDA I. C. A; MANOLO, V.; ARLETE, S.; LEOMAR K.& LUIZA P. (Orgs.). **Interdisciplinaridade na educação brasileira: 20 anos.** São Paulo: CRIARP, 2006.

FELDMAN, C; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda.** 14. ed. Belo Horizonte: Crescer, 2004.

GATTI, B. **A Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

GARAJAU, N. Reflexões sobre a intersectorialidade como estratégia de gestão social. **Anais do III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais.** Belo Horizonte: 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/REFLEX%C3%95ES%20SOBRE%20A%20INTERSECTORIALIDADE%20COMO%20ESTRAT%C3%89GIA%20DE%20GEST%C3%83O%20SOCIAL.pdf>

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo Perspec. vol.14 nº.2. São Paulo Apr./June, 2000.

GONZÁLES REY, F. **Sujeito e subjetividade:** uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

GONZÁLES REY, F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade:** os processos de construção de conhecimento da informação. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

GUARIDO, R.A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e pesquisa**, v.33, n.1, jan./abr. 2007.p. 151-161.

HEINECK I, GALLINA SM, SILVA T, PIZZOL FD, SCHENKEL EP. Análise da publicidade de medicamentos veiculada em rádios do RS. **Cadernos de Saúde Pública** 1998; 14(1), p.193-198.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, 2001, p. 102-110.

JUNQUEIRA, L. **A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Saúde e sociedade. vol.13 nº.1 São Paulo: 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004
Acesso em: 20 mai. 2015.

LANCETTI, A. **Saúde mental, atenção primária promoção da saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smlancetti.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

LIMA, R.C. **Fórum Construindo Vidas Despatologizadas.** Campinas, UNICAMP, 2014, (Comunicação oral – Mesa redonda).

LOPES, L. F. **Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** uma análise crítica. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

MACHADO, A. M. Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias. IN: TANAMACHI, E. R.; ROCHA, M. L.; PROENÇA M. P. R. (Orgs.). **Psicologia e Educação: desafios teórico práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 143-167.

MACHADO, A.M. Formas de pensar e agir nos acontecimentos escolares: criando brechas com a psicologia. In: FACCI, M. G. D. MEIRA, M. E. M. TULESKI, S. C. **A exclusão dos “includidos”** – uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2012.

MARTELETO, R. M.; RIBEIRO, L. B.; GUIMARÃES, C. Informação em movimento: produção e organização do conhecimento nos espaços sociais. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**,v.2, n.1, 2002.

MAZZOTTI, A. J. A. Fracasso Escolar: representações de professores e de alunos repetentes.**Anais da 26ª Reunião Anual da ANPEd**. Poços de Caldas: 2003, p. 1-17.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v.16, n.1, Jan./Jun., p.135-142, 2012.

_____. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, M. G. D. MEIRA, M. E. M. TULESKI, S. C. **A exclusão dos “includidos”** – uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2012.

MELUCCI, A. **A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. In: Otávio Cruz Neto. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. 29 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2012, p. 621-626.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva. BRASÍLIA, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducoespecial.pdf>

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas: FAPESP/Mercado de Letras, 2001.

_____. **Entrevista**. UNICAMP, 2014. Entrevista concedida ao Portal UNICAMP, 2014.

_____. **Fórum Construindo Vidas Despatologizadas**. Campinas, UNICAMP, 2014. (Comunicação oral – Mesa redonda).

ROSSATO, M.; MARTÍNEZ, M. A.: Desenvolvimento da subjetividade: análise de histórias de superação das dificuldades de aprendizagem. **Revista Psicologia Escolar e Educacional** . vol.17 no.2 Maringá Julho/Dez, 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS, 2001.

PEREIRA, M. E. C. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental** v.12n.1, 2009, pp. 161-166.

REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFANCIA – RNPI. A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância, Brasil, 2015. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSETORIAL.pdf> Acesso em: 20 mai. 2015.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências. **Estudos Avançados**, v.2, n.2, p.46-71, 1988.

SOUZA, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

SOUZA, M. P. R. **A queixa escolar na formação de psicólogos: desafios e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. história da psicologia moderna. SÃO PAULO: CENGAGE LEARNING, 1981.

TEIXEIRA, D.; TASSA, K. O. M. E. Olho e vejo: a interdisciplinaridade superando desafios da patologização. **Revista Ibero-Americana de Educação**, n.66, 2014, p.31-44.

TULESKI, S.; CHAVES, M. Ler e escrever: da necessidade de ensinar em defesa da superação das visões organicistas das dislexias, disgrafias e disortografias. In: FACCI, M. G. D. MEIRA, M. E. M. TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos” – uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2012.

TUNES, E.; TACCA, M.C.; JÚNIOR, R.S.B. O Professor e o ato de ensinar **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, set./dez. 2005, p. 689-698.

VIÉGAS, L. S.; GOMES, J.; OLIVEIRA, A. R. F. Os equívocos e acertos da Campanha 'Não à medicalização da Vida'. **Psicologia em Pesquisa** (UFJF), v. 7, p. 266-276, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a14-livre1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

WELCH, G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. **O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos**. *Jornal do Cremesp*, p. 12, fev. 2007. (texto publicado no *The New York Times*, em 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira).

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO/GESTORES

1) Nome:

2) Secretaria em que trabalha:

3) Qual é a sua formação?

4) Quais os serviços oferecidos pela sua secretaria às crianças que apresentam dificuldades de comportamento e aprendizagem?

5) Existe um fluxo de atendimento a crianças e/ou adolescentes com dificuldade de aprendizagem ou comportamento? Qual?

6) Quais são as legislações que regem sua prática profissional?

7) Levando em conta a questão acima citada, de acordo com a sua opinião, o que é prescrito é condizente com a realidade quando voltado ao cuidado de crianças e adolescentes? Justifique.

8) Como você vê a relação entre os profissionais que compõem a rede de cuidado? Há articulação entre as práticas e serviços?

9) Enquanto gestor, quais são os pontos positivos e negativos que contribuem ou prejudicam a execução do serviço em sua secretaria?

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO/PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

1) Nome:

2) Formação:

3) Secretaria em que trabalha:

4) Função:

5) Você possui algum curso de aperfeiçoamentos e/ou especialização? Em que área?

6) Sua formação possibilitou conhecimento sobre atuação em diversos setores ou a orientação voltou-se para uma área em específica? Comente sobre isto, e as implicações no dia a dia?

7) Você participa de cursos voltados para o cuidado quanto a criança e adolescente? Estes cursos são voltados a sua área ou abrangem outros conhecimentos?

8) Em sua trajetória profissional o que contribuiu para a produção do conhecimento utilizado em sua prática profissional? (ex. em seu conhecimento se apóia, prática cursos? Linha teórica? Ou Políticas Públicas?)

9) Quais são as legislações que regem sua prática profissional?

10) Levando em conta a questão acima citada, de acordo com a sua opinião, o que é prescrito é condizente com a realidade quando voltado ao cuidado de crianças e adolescentes? Justifique.

11) De acordo com a realidade cotidiana de sua prática profissional como percebe a organização da rede quanto ao cuidado a crianças que apresentam dificuldades de

aprendizagem ou comportamento? O que contribui e o que prejudica a consecução deste trabalho?

12) Quando uma criança apresenta: 1- problemas de comportamento, 2-problemas de aprendizagem. Qual conduta é tomada? Ou a quem se faz o encaminhamento, por quê?

13) Quais os serviços oferecidos pela secretaria em que trabalha às crianças que apresentam dificuldades de comportamento e aprendizagem?

14) Existe um fluxo de atendimento a crianças e/ou adolescentes com dificuldade de aprendizagem ou comportamento? Qual?

15) Quais são os pontos positivos e negativos que contribuem ou prejudicam a execução de seu serviço?

16) Como você vê a relação entre os profissionais que compõem a rede de cuidado? Há articulação entre as práticas e serviços?

17) Qual sua opinião sobre medicação a crianças e adolescentes que apresentam dificuldade de aprendizagem ou comportamento?

18) De que forma a psicologia clínica e os atendimentos psiquiátricos podem contribuir para os atendimentos a estas crianças e adolescentes?

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA O GRUPO FOCAL

1) Tema geral/objetivo: Conhecer e compreender a organização da rede de cuidado no município:

1.1) Apresentações: nome, setor, função.

1.2) Como você vê a organização da rede de serviço em seu município?

1.3) A rede é composta quais equipamentos?

1.4) Existe um fluxo de atendimento e encaminhamento?

1.5) Há articulação entre os serviços?

1.6) O que faço e/ ou que posso fazer, como contribuir?

2) Tema geral/objetivo: Conhecer a formação dos professores, bem como, o conhecimento e empoderamento sobre as políticas públicas voltadas ao “cuidado” quanto a criança e adolescente, bem como identificar se o prescrito é condizente com a prática cotidiana (real) e também sobre a fragmentação do conhecimento.

2.1) Em sua formação, quais foram os fundamentos teóricos voltados ao cuidado a criança e adolescente que apresentam dificuldades escolares ou de comportamento?

2.2) Sua formação possibilitou conhecimento sobre atuação em diversos setores ou a orientação voltou-se para uma área em específico? Fale sobre isto, e as implicações no dia a dia?

2.3) Você participa de cursos voltados para o cuidado quanto a criança e adolescente? Estes cursos são voltados somente a sua área ou abrangem outros conhecimentos?

2.4) Em sua trajetória profissional o que contribuiu para a produção do conhecimento utilizado em sua prática profissional? (ex. em seu conhecimento se apoia, prática cursos? Linha teórica? Ou Políticas Públicas?)

2.5) A prescrição das políticas de cuidado pelo segmento do qual você atua são condizentes com a prática em que você vem exercendo? Comente.

3) Tema geral/objetivo: Analisar a compreensão e conhecimento dos profissionais do cuidado sobre a medicalização/patologização.

3.1) Você já ouviu falar sobre a medicalização/patologização?

3.2) Quando você faz um encaminhamento para o profissional psicólogo o que você espera enquanto retorno.

3.3) Qual sua compreensão sobre a consulta psiquiátrica e o uso de medicação.

3.4) Quais os critérios utilizados para encaminhamento ao psicólogo e psiquiatra?

3.5) Na escola é feita alguma intervenção junto a família a fim de compreender o dia a dia da criança? Se sim qual, caso a resposta seja não cite as dificuldades em fazê-lo?

4) Temas geral/objetivo: Apresentar as interpretações feitas nos encontros a fim de que o grupo dê seu parecer quanto a identificação ou não sobre o fechamento das discussões de grupo, contribuindo para o entendimento fidedigno das informações durante a pesquisa.

4.1) Apresenta-se um resumo e solicita as concordâncias e divergências. Se necessário ajusta com os profissionais a análise dos grupos?

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *O OLHAR DO CUIDADO: UM ESTUDO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE E O PROCESSO DE (DES) PATOLOGIZAÇÃO*, sob a responsabilidade de Denize Aparecida Teixeira, que irá investigar a organização da rede de atendimento as crianças e adolescentes, a fim de identificar as causas da produção de elevado número de encaminhamentos para avaliação diagnóstica ao serviço de saúde mental de um município de pequeno porte feito por instituições escolares, associações e divisões públicas. É importante compreender a organização e os encaminhamentos ao serviço de saúde mental para evitar que crianças que não apresentem patologia seja medicadas sem precisão. Ao compreender a organização da rede pretende-se estabelecer estratégias para a cuidado efetivo.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 55954116.0.0000.0106

Data da relatoria: 18/05/2016

Ao participar desta pesquisa você fará parte da constituição de um grupo que será realizado em quatro encontros, sendo um encontro por semana, os quais terão duração de 1:30min. Sua participação se dará a fim de dar opinião sobre a organização da rede de atendimento as crianças que apresentam dificuldades escolares ou de comportamento. Pretende-se também que seja respondido um questionário a cerca do tema apresentado.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado os encontros de grupo focal, nenhum prejuízo para você.

Os encontros serão gravados para posterior transcrição, sendo que após a transcrição as gravações serão apagadas. A participação na pesquisa não acarreta danos físicos, no entanto, pode trazer algum desconforto mesmo que mínimo em situações como compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que você se sentia incomodado em falar. No entanto você não precisa responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Caso haja alguma consequência ou desconforto decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza em garantir tratamento psicológico necessário.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido da compreensão e análise dos encaminhamentos de crianças para atendimentos clínicos junto aos profissionais que compõe a rede, a saber: Psicólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra e neurologista, a fim de compreender o processo de patologização através da observação do cenário que compõem a prática do cuidado bem como das relações e representações que se estabelecem entre os profissionais envolvidos nesta rede. Diante do exposto, poderão ser identificadas estratégias para a otimização da rede de cuidado da qual você enquanto servidor você também terá benefícios.



Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por questionários e gravações do grupo focal serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e gravações ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos (as) questionários e gravação nem quando os resultados forem apresentados.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Denize Aparecida Teixeira
Endereço: Rua Vicente Machado, 635 - Centro - CEP 84570-000 - Mallet - PR
Telefone para contato: 42-91414922 ou 42-35422356
Horário de atendimento: 8h às 12h e 13h às 17h

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Mallet, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

