

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SAÚDE MENTAL**

Marcela Cardoso Nemitz

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:
A COMPREENSÃO DE PROFESSORES E EDUCADORES ESPECIAIS DE SANTA
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA**

**Santa Maria, RS
2016**

Marcela Cardoso Nemitz

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:
A COMPREENSÃO DE PROFESSORES E EDUCADORES ESPECIAIS DE SANTA
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Ferrer

**Santa Maria, RS
2016**

Marcela Cardoso Nemitz

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:
A COMPREENSÃO DE PROFESSORES E EDUCADORES ESPECIAIS DE SANTA
MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 04 de março de 2016.

**Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Ferrer
(Presidente - Orientadora)**

Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira (UFSM)

Prof. Dr. Marcos Adegas de Azambuja (UNIFRA)

**Prof.^a Dr.^a Sheila Kocourek (UFSM)
(Suplente)**

**Santa Maria, RS
2016**

*“Não tenho outra maneira de superar a
quotidianidade alienante senão através de
minha práxis histórica e si mesma social e não
individual.
Somente na medida em que assumo totalmente
minha responsabilidade no jogo desta tensão
dramática é que me faço uma presença
consciente no mundo. Como tal, não posso
aceitar ser mero espectador, mas pelo contrário,
devo buscar o meu lugar, o mais humilde, o mais
mínimo que seja, no processo de transformação
do mundo (...)”*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família pelo apoio e pelo incentivo nos momentos de dificuldade e desafio, buscando sempre me acolher de forma carinhosa e amorosa, servindo de inspiração para novas conquistas e acreditando no meu potencial. Sempre torcendo pelo meu sucesso e realização profissional.

Ao meu companheiro de vida Rafael, por mesmo longe estar sempre acreditando no meu potencial e fortalecendo meus objetivos e escolhas, acreditando no meu potencial e dando força para concluir essa etapa.

A minha amiga Maria Luiza, por ter me apoiado e incentivado mesmo antes da aprovação para a Residência, acreditando na minha capacidade e potencialidade, sendo uma amiga fiel e companheira, oferecendo amparo e carinho em todos os momentos.

As minhas queridas amigas e colegas Nadianna e Larissa, que me proporcionaram momentos de muita alegria, descontração, risos inesquecíveis e fizeram deste momento mais leve e prazeroso. Vivenciando na prática a experiência do trabalho em equipe e coleguismo. Cada uma do seu jeito deixa sua marca e um novo aprendizado, tanto na postura profissional quanto para a vida.

A Professora Sheila, pelo apoio nos momentos de dificuldade durante a residência, nos acolhendo de forma muito carinhosa e afetuosa, incentivando e acreditando no nosso potencial.

Agradeço gentilmente a nossa orientadora Ana Luiza, por aceitar o convite em nos orientar, auxiliando nesse processo com sua experiência e contribuindo de forma ética para o crescimento profissional do grupo.

A minha preceptora de núcleo Psicóloga Taiana, pelas trocas de experiências proporcionadas, e por ser compreensiva nos momentos em que precisei de seu auxílio.

Ao serviço CAPSi, pelo espaço aberto a residência possibilitando vivenciar novas experiências.

RESUMO

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DE PROFESSORES E EDUCADORES ESPECIAIS DE SANTA MARIA SOBRE O PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

AUTOR: MARCELA CARDOSO NEMITZ
ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a ANA LUIZA FERRER

O presente estudo se refere ao processo crescente de medicalização da vida cotidiana e suas expressões contemporâneas no campo da educação escolar, bem como os fatores que levam a identificação por profissionais da educação dos sintomas de doenças e transtornos infantis, em um município no interior do RS. Com esse estudo busca-se estreitar a relação entre Saúde e Educação por meio de articulações intersetoriais nos territórios e uma maior compreensão desses profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes sobre os aspectos da medicalização e de como se configura a rede de atenção em saúde mental da infância e adolescência de acordo com o que é estabelecido pelas Políticas Públicas. Trata-se de uma pesquisa com proposta qualitativa, guiada pelo referencial da hermenêutica, onde foi utilizado como instrumento para coleta de informações a realização de grupo focal com professores e educadores especiais de Escolas públicas municipais. Teve como principais resultados a compreensão dos educadores sobre os processos da medicalização na infância, e sua relação com o sentimento de fracasso de professores, familiares e alunos. O que demonstra que o processo de aprendizagem é multideterminado e depende de vários fatores. É necessário olhar para os determinantes sociais sobre a educação, saúde, bem-estar e a inclusão de alunos e professores para uma possível mudança na realidade promovendo a participação da escola na comunidade. Através dos resultados obtidos espera-se criar condições para a discussão de políticas públicas voltadas ao enfrentamento desenfreado da medicalização das crianças e promover uma visão crítica em relação aos processos pedagógicos, tensionando na prevenção dos aspectos considerados como sintomas de transtornos da aprendizagem, através de processos que levem a uma melhor formação de professores e profissionais da saúde que lidam direta e indiretamente com encaminhamentos e diagnósticos das crianças.

Descritores: Educação; Infância; Medicalização; Saúde Mental.

ABSTRACT

MEDICALIZATION OF LIFE: UNDERSTANDING OF TEACHERS AND SPECIAL EDUCATORS ABOUT THE PROCESS OF MEDICALIZATION OF CHILDHOOD

AUTHOR: MARCELA CARDOSO NEMITZ

ADVISER: Prof.^a Dr.^a ANA LUIZA FERRER

This study refers to the growing process of medicalization in everyday life and its contemporary expressions in the field of school education, as well as the factors attached to the identification by health professionals and education as symptoms of diseases and disorders, in a municipality inland the Rio Grande do Sul /RS. This study sought to strengthen the relationship between health and education through intersectoral joints in the territories and a greater understanding of these professionals who work directly with children and adolescents on aspects of medicalization and how to set up the network of mental health of children and adolescents in accordance with what is established by the Public Policy. A qualitative results research project, this work follows the critical hermeneutic theory, using a focal group as instrument for the gathering of data with teachers and special educators of public schools. The main results obtained to understanding of educators about the process of medicalization of childhood, and its relation to the sense of failure teacher, families and students. This shows that the learning process is multi determined and depends on several factors. It is necessary to look at the social determinants of education, health, well-being and inclusion of students and teachers for a possible change in reality promoting school participation in the community. The results obtained are expected to create conditions for the discussion of public policies aimed at rampant facing the medicalization of children and promote a critical view of the pedagogical processes, tending in the prevention of the aspects considered as symptoms of learning disorders, through processes leading to better training of teachers and health professionals who deal directly and indirectly with referrals and diagnoses of children.

Descriptors: Education; Childhood; Medicalization; Mental health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FADISMA	Faculdade de Direito de Santa Maria
FAMES	Faculdade Metodista de Santa Maria
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
FICAI	Ficha de Comunicação do Aluno Infrequente
GAP	Gabinete de Projetos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MS	Ministério da Saúde
NASM	Núcleo de Apoio em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PRAEM	Programa de Atendimento Especializado Municipal
PRMISPS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNIFRA	Centro Universitário Franciscano
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Medicalização na Educação.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Geral.....	15
3.2 Específico.....	15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
4.1 Materiais e métodos.....	16
4.2 Sujeitos do estudo	17
4.3 O campo.....	18
4.3.1 Ambientação e Aproximação.....	20
4.4 Técnica de coleta da pesquisa de campo.....	21
4.5 Aspectos Éticos.....	23
4.6 Análise das informações coletadas	24
5 RESULTADOS	26
5.1 A compreensão do processo da medicalização na infância	26
5.2 Conceito e compreensão sobre desenvolvimento normal e patológico na infância.....	34
5.3 Critérios utilizados para a realização dos encaminhamentos aos serviços especializados.	37
5.4 Relação estabelecida entre escola e rede de atenção psicossocial	41
6 DISCUSSÃO.....	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	55
ANEXOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Este estudo partiu de um Projeto inicial mais amplo, no qual participaram uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga, que atuaram no mesmo campo de intervenção durante o percurso da Residência Multiprofissional em Saúde. Neste projeto inicial, tem-se como objeto de estudo: Compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de um município do interior do RS.

A presente pesquisa teve como enfoque o estudo dos processos que levam a medicalização da infância na educação infantil do município de Santa Maria/RS, através da percepção de professores e educadores especiais que trabalham diretamente com crianças que demandam de uma intervenção especializada do campo da saúde mental para o seu processo de inserção e aprendizado, de forma a compreender o que as escolas entendem sobre saúde mental e medicalização. Buscou-se refletir sobre ações que podem induzir ou não a práticas medicalizadoras, abrindo espaços para discussão, recriação de práticas e arranjos institucionais que possibilitem discussões acerca da medicalização que progride em grande escala.

Estudos mostram que a medicalização se apresenta como um ponto central na busca por uma classificação daquilo que não corresponde ao padrão normal imposto aos sujeitos da atualidade. Este fato provoca um apagamento do discurso do sujeito pela constante necessidade de estabelecer uma verdade sobre ele. Segundo Tesser (2010), este movimento multifacetado é denominado como uma medicalização social que envolve desde questões cotidianas até questões epidemiológicas, culturais, de ordem social, dentre outras.

Se o SUS almeja proporcionar cuidado à saúde para a população brasileira seus profissionais e suas políticas são agentes fundamentais para promover, restringir ou redirecionar a medicalização social. A fragmentação das práticas profissionalizadas de saúde a doença certamente é um dos complexos fatores da medicalização, que está envolvido nas crises do cuidado e da saúde pública (TESSER, p.14/15, 2010).

Em uma pesquisa realizada no CAPSi de Santa Maria/RS no ano de 2010 constatou-se o predomínio de sujeitos do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos e que frequentam a escola, os principais sintomas e queixas apresentados pela clientela atendida no CAPSi foram agressividade física e/ou verbal (74%), agitação (44%) e dificuldade de concentração e/ou aprendizagem (41%) (ARRUÉ et al., 2013).

Destaca-se também a incidência expressiva de ideação ou tentativa de suicídio, representando 20% das queixas. Os usuários apresentaram mais de uma queixa associada, perfazendo uma frequência de 417 sintomas informados. Dentre as medicações mais indicadas pelo psiquiatra do serviço estão os neurolépticos e o cloridrato de metilfenidato. Além disso, em grande parte dos tratamentos, as duas medicações foram usadas associadamente. Cita-se também que 48% dos usuários não fizeram uso de medicação durante o acompanhamento no CAPSi e aqueles que o fizeram (52%) usaram medicações associadas, na maior parte dos casos (ARRUÉ et al., 2013).

Contudo, observamos durante o processo de acolhimento no ano de 2014, um crescente aumento de crianças encaminhadas ao CAPSi por escolas, vias judiciais, hospitais e outros dispositivos da Rede de Atenção, fazendo uso de medicação ou com solicitações para avaliação psiquiátrica e indicação ao uso de medicações.

Diante do exposto, o estudo justifica-se pelo elevado número de crianças, encaminhadas pelas escolas, que se encontram em tratamento no CAPSi por manifestarem comportamentos que não se enquadram nos padrões de normalidade impostos por estas. Assim como pela necessidade de se aprimorar ações e ferramentas de intervenção, preservando a ideia de que cada indivíduo deve ser protagonista de sua vida e saúde; necessidade de se estreitar a relação entre Saúde e Educação por meio de articulações intersetorias nos territórios; construção de um novo fluxo da Saúde Mental no Município em questão, remetendo à necessidade de avaliar o papel das equipes na intervenção multiprofissional dirigida às queixas escolares – daí a necessidade de verificar o que pensam os profissionais das Escolas sobre o uso de psicofármacos em casos de queixa escolar e no conseqüente fenômeno da medicalização na educação. Tal proposta partiu do desejo de gerar subsídios para concepção de uma nova práxis. O que será abordado neste trabalho são as formas, estratégias e dispositivos que transformam um determinado fenômeno numa descrição médica e seus efeitos sobre o cuidado em saúde e os sujeitos nas práticas da educação infantil no Município de Santa Maria-RS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É importante ressaltar que a noção de medicalização, ordem médica e outras referências à medicina utilizadas nesse trabalho não buscam criticar as formas de atuação profissional do médico ou a colocar o saber biomédico e suas formas de tratamento como algo errôneo e prejudicial ao desenvolvimento da criança. O conhecimento produzido pelas ciências médicas

e a atuação profissional do médico são fundamentais para o tratamento de doenças e alívio de inúmeros sofrimentos que afetam os indivíduos e a população.

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que “se tornou médico”, a maioria dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização, através da denúncia da crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas (GAUDENZI & ORTEGA, 2012).

Bernardes (2012) retrata as práticas em saúde como forma de cuidado de si voltadas para uma condição ética/política de existência na esfera pública, migra-se para as condições que transformam a saúde em ausência de doença, constituída como um domínio de governo das populações mediante estratégias médicas. De uma ética da existência na Antiguidade Clássica, salta-se para uma ética normativa na Modernidade.

Foucault (2008a) foi quem conseguiu projetar este comportamento, quando formulou em termos de uma biopolítica o movimento de captura das formas de vida pela medicina, pelo que chamou de poder médico, prevendo as novas tendências contemporâneas de tudo medicalizar. Vivemos agora uma sociedade marcada pela gestão dos riscos, onde as patologias foram transformadas em transtornos. O novo imperativo se caracteriza por uma espécie de "normalização do normal". É preciso estar identificado com um lugar para se sentir pertencente no mundo.

Foucault (2008a) foi um dos principais pensadores a fazer referência ao processo de medicalização quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controlar a sociedade. Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar.

Na prática médica atual, os doentes tendem a perder "o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem", e, por conseguinte sua

autonomia (Foucault, 2008a, p.96). Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, portanto, aqui entendida não no sentido de uma responsabilização moral, mas no respeito à realidade presente de cada um.

A medicalização da vida surge como uma necessidade da busca pela vida sem sofrimentos, dor, como se o uso de algum psicofármaco fosse anular este processo que é natural do ser humano. Também encontramos neste contexto, não somente o Estado operando sobre essa "docilização" das mentes, mas a mídia como um reforçador desta sensação de plenitude, fazendo uma propagação e transmissão de suas ideologias, camufladas sob a forma de notícia e de informação.

Para Conrad (apud 1992, GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 24):

“O ponto chave da medicalização é a definição – quando um problema passa a ser definido em termos, descrito a partir da linguagem, racionalidade e tratado por intervenções médicas. A partir daí formam-se categorias médicas que, de certa forma, não existiam anteriormente, tipos humanos são criados pela ciência, mas também se modulam categorias médicas já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas.”

Pode-se falar, assim, de uma medicalização da infância por expansão diagnóstica, como é o caso do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que, por não ser mais diferenciada dos comportamentos psicomotores normais da criança – condição “natural” do processo do desenvolvimento se tornou uma das principais causas de intervenção medicamentosa.

De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de conduta e prescrição de comportamentos, o que torna os indivíduos dependentes dos saberes produzidos.

2.1 Medicalização na Educação

Diante do sujeito adulto regulável pelo uso do remédio (que na lógica atual participa da construção diagnóstica e nomeação do transtorno) encontramos a crescente medicalização da criança em processo escolar.

Paulo Freire expressa que a escola deve ser um lugar de trabalho, de ensino, de aprendizagem. Um lugar em que a convivência permita estar continuamente se superando,

sendo este um espaço privilegiado para pensar, e que “está de acordo com os valores que guiam essa sociedade” (FREIRE, 1975, p. 30).

O ideal educativo, no início do século XIX, já estava instalado na forma como hoje o aceitamos. Desde o século XVII, já tinha contorno, existência e o sentido que o discurso social moderno criou de uma criança cuja consistência está no fato de ela ser submetida a uma nova educação, que implica vigilância e disciplina (GUARIDO, 2007).

Diante desse discurso, na atualidade se observa práticas pedagógicas que determinam as questões, procedimentos e observações clínicas. Onde o olhar que se lança sobre a infância, a concepção do seu desenvolvimento e papel na formação, estão meramente reduzidos a diagnósticos e sintomas reguláveis por tratamentos medicamentosos.

E, não coincidentemente, até o início do século XX no qual a criança era basicamente objeto da pedagogia, que os primeiros médicos dedicados a enfrentar os problemas graves do desenvolvimento infantil encontram parceria fértil para propor formas de tratamento a essas crianças imbricado a certo ideal de educação do início do séc. XIX (GUARIDO, 2007).

“Os conceitos educável ou ineducável aplicáveis às crianças reafirmam a forte ligação das propostas de tratamento e aos procedimentos pedagógicos, ou melhor: diagnóstico e tratamento das crianças são estabelecidos a partir das condições destas para o aprendizado, o que é fruto da difícil separação do sofrimento psíquico da criança de seu desenvolvimento psicológico e da expressão deste na apreensão pela criança dos códigos de moralidade vigentes, bem como de suas aquisições cognitivas (KUPFER, 2001, p. 42).”

Edgar Morin (2004) aponta reflexões sobre conhecimentos fragmentados que desencadeiam práticas isoladas sem interação entre saberes. A criança neste cenário da patologização, quando designada a um olhar especializado, mas não contextualizado, deixa ser vista em sua globalidade e com isto ignorada em sua complexidade.

Morin (2004) apresenta os desafios da atualidade e a necessidade de compreendermos a complexidade da contemporaneidade através do conhecimento articulado entre diversos saberes e com olhar ampliado à realidade da criança.

Em geral, a visão que se tem das crianças que compõem as Instituições Escolares que apresentam dificuldades na escola, comportamento social “inadequado”, que correm de mais, falam de mais, ou falam de menos são descontextualizados, desencadeando pré-conceitos, julgamentos que podem inferir na subjetividade e construção da identidade destas crianças (MAZZOTTI, 2003; MACHADO, 2000). Assim, torna-se necessário repensar os conhecimentos e posicionamentos pertinentes a esta problemática.

Julieta Jerusalinsky (2014) no artigo “A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância” relata estarmos vivendo na era da palmatória química, em que a utilização de psicofármacos para a infância em grande escala passa a ser uma prática socialmente corrente.

Esta autora ainda traz que: “não é dos dias de hoje que a criança é ativa e inquieta, que seu corpo se agita diante do que ainda não consegue representar pela palavra, ou que a sua curiosidade a leva a distrair-se, derivando sua atenção em diferentes rumos”. Salientando, que nem toda agitação ou desatenção é doença.

Se a turbulência da criança traz problemas para os adultos que dela cuidam, se sua atividade é hiper, excessiva, fazer disso um transtorno, pressupondo por trás dela uma desordem orgânica a ser eliminada, implica outra lógica, pois é mais fácil controlar as inquietações das crianças por meio de medicamentos do que tentar entender o contexto e as origens dessas manifestações.

Dentro deste contexto torna-se importante compreender o comportamento dos professores quanto ao “desenvolvimento neuropsicomotor normal das crianças” e da naturalização dos transtornos. Diante de pais que, tomados pelo trabalho, delegam à escola funções estruturantes, de crianças que vivem sua infância confinada em casa, retiradas de um espaço público degradado e violento.

Assim, de fato cabe refletir se o problema exposto é um problema isolado no desenvolvimento orgânico das crianças em seu cotidiano familiar e escolar ou se, diante da dificuldade de educar, estamos recorrendo a uma palmatória química.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender o processo que leva a medicalização da educação infantil dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi) de um município do interior do RS.

3.2 Específico

- Compreender a percepção de professores e educadores especiais, quanto ao processo que leva a medicalização na educação de crianças acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi) de Santa Maria/RS.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Materiais e método

Trata-se de um estudo qualitativo, com enfoque na teoria hermenêutica, com pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de grupo focal na compreensão de um contexto particular, respaldando-se na interpretação, na busca de significado, na subjetividade e na intersubjetividade (GONDIM, 2002).

Esta pesquisa tem como ponto de partida a metodologia da hermenêutica de Gadamer. A proposta apresentada por Hans-Georg Gadamer situa-se na perspectiva da validação da consciência histórica como referência para a interpretação do conhecimento humano. O homem é marcado pela tradição e a forma de estar no mundo comporta o passado como condição para o desenvolvimento da linguagem, a qual, num constante movimento de reinterpretação, constitui a realidade. Conforme Gadamer (2005b), estamos imersos na história e não é possível nos situarmos fora dela. O que nos resta é a consciência do processo histórico e a interpretação do que nos condiciona como seres no mundo.

Para Gadamer, aquele que quer compreender, fazer uma interpretação correta, adotar um comportamento reflexivo, não pode se render as suas opiniões prévias, mas deve permitir que elas lhe digam algo. É fundamental dar-se conta das opiniões anteriores e dos próprios preconceitos, objetivando que o texto tenha sua alteridade. Mas sem uma prévia compreensão de si, o que nos leva ao próprio preconceito, e sem possuir uma autocrítica, uma autocompreensão, portanto a compreensão histórica não seria possível. (GADAMER, 2005b)

A experiência hermenêutica é fundamental para o crescimento do ser enquanto participante de uma pluralidade cultural. Para se chegar a essa nova experiência, Gadamer (2005b) afirma incessantemente que é necessário estar aberto para o novo, para a experiência, para a quebra de expectativa, pois o novo deixaria de sê-lo se não tivesse que se afirmar contra alguma coisa.

De acordo com Gadamer (2005b), o pesquisador é sempre motivado pelo presente e seus interesses. Então, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. Contudo, é importante se deixar

interpelar pela própria tradição. Esse movimento que constitui dois horizontes (passado – presente) é que faz o objeto de estudo se destacar.

Assim, a partir da minha vivência nos acolhimentos realizado no CAPSi, da participação em reuniões ampliadas com a rede de atenção à criança, visitas realizadas às escolas para discussão de casos encaminhamentos e do questionamento sobre como a medicação se tornou a principal forma de tratamento realizada pela medicina para responder às demandas sociais, fundamentalmente, pelas instituições de assistência a infância e de que as escolas têm se tornado um dispositivo regulador da inclusão-exclusão da criança no domínio do saber médico-psiquiátrico, é que meu objeto de pesquisa se destaca. Atravessada por essas questões, elevo os preconceitos a formas de perguntas: O que as escolas pensam quando falamos de medicalização da infância? O que leva a escola a encaminhar as crianças para avaliação psiquiátrica? Qual a compreensão da escola sobre o desenvolvimento infantil normal e patológico? Quais os casos em que a escola observou a necessidade da intervenção medicamentosa e como se chegou a essa conclusão. Quais os encaminhamentos realizados? Quais os pontos da rede acessados pelas escolas? Qual a relação estabelecida entre a escola e a rede de atenção psicossocial? Como ocorre a interlocução entre estes pontos? A partir dessas questões levantadas, o objeto da pesquisa irá se destacar.

Conforme GADAMER (1999a), o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Seu destaque já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível o destaque do objeto. A essência da hermenêutica está na pergunta, é claro que toda experiência pressupõe a estrutura da pergunta. O conhecimento de que algo é ou não é como acreditávamos inicialmente pressupõe a passagem pela pergunta (GADAMER, 2005b). A pergunta norteadora para o desenvolvimento da pesquisa situa-se em: Qual a compreensão dos profissionais que trabalham com a educação na infância sobre processo de medicalização das crianças e adolescentes acompanhadas em um CAPSi?

4.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados de acordo com o objetivo do estudo, a partir de uma análise das escolas municipais que mais realizavam encaminhamentos para avaliação psiquiátrica no CAPSi e do trabalho realizado pelas residentes no Programa de

atendimento especializado (PRAEM)¹, formando uma equipe interdisciplinar a fim de realizar visitas às escolas para discutir, de forma ampliada, casos de alunos que apresentavam problemas comportamentais e de aprendizagem, fornecendo às escolas um apoio em saúde mental.

A partir dos encaminhamentos ao CAPSi e do apoio realizado às escolas, foram sendo elegidos profissionais que mais se encaixavam na proposta, bem como daqueles que manifestavam algum interesse em participar da pesquisa. Também contamos com o apoio da coordenadora do Projeto PRAEM, a qual nos auxiliou no convite e cedeu o espaço físico do Projeto para a realização da coleta das informações. Num primeiro momento, houve certa confusão quanto ao grupo focal, onde escolas entendiam que seria um grupo aberto, manifestando interesse em levar estagiários e outros profissionais para participarem do grupo, justificando ser esse tema de grande relevância para a educação. Com isso, tivemos que explicar novamente os objetivos e a justificativa da pesquisa para que as escolas compreendessem o método aplicado.

Optou-se por professores da rede de educação infantil pública do município, por serem personagens que também compõem a rede de atenção à criança e adolescente, sendo uma das principais fontes de encaminhamento para serviços especializados. A participação se deu a partir da concordância dos profissionais em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO A), do Termo de confidencialidade (ANEXO B) e de profissionais que atuassem há mais de seis meses nas Escolas Municipais de Santa Maria/RS. As escolas participantes receberam uma carta convite (ANEXO E) onde professores e educadores especiais estavam sendo convidados a participarem da pesquisa.

4.3 O campo

O campo de atuação desta pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), que a partir de seus processos de intervenção envolve a rede de Atenção a Saúde Mental do município de Santa Maria/RS localizado, geograficamente, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área de 1825 km² e uma população de aproximadamente 270 mil

¹ Programa de atendimento especializado municipal que tem como objetivo Oferecer apoio especializado aos alunos do Sistema Municipal de Ensino no que concerne à caracterização, desenvolvimento de estratégias e acompanhamento nas áreas afetivas, cognitivas, psicológica, social, psiquiátrica, social, familiar ou de outra natureza que não possa ser resolvido no espaço escolar, articulando com outros serviços, Instituições, Órgãos e Entidades locais à promoção de condições que assegurem a inclusão educacional e, sobretudo, processos educativos de qualidade.

habitantes. Onde o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto, classificando-se como 9º município do Estado Rio Grande do Sul, dentre os 497 municípios gaúchos e como 99º do Brasil, dentre os 5.565 municípios brasileiros avaliados. Dentre os municípios mais populosos do Estado, o seu IDHM só perde para a capital de Porto Alegre. (ADESM, 2013)

O processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria passou por três importantes momentos, como a implantação dos serviços substitutivos; a constituição da comissão de saúde mental e a construção de um processo de capacitação e descentralização em saúde mental para atenção básica. Segundo Crasoves (2005), no início da década de 80, a atenção em saúde mental era centralizada em um hospital psiquiátrico localizado no município, o qual foi transferido para Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo os atendimentos restritos a uma ala psiquiátrica, não havendo dispositivos extra hospitalares.

Zambenedetti e Perrone (2008) referem que, a partir da segunda metade da década de 80 e início dos anos 90, no plano político o impacto do processo da reforma psiquiátrica instituiu-se no município com a realização do I e II Simpósios Internacionais de Saúde Comunitária, os quais foram organizados pelo departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No final da década de 90, se constituiu a primeira equipe destinada aos cuidados específicos na área da saúde mental do quadro de servidores do município. Em 2001 foi implantado o serviço de saúde mental da secretaria de saúde do município intitulado como Ambulatório de Saúde Mental, passando a ser referência para atenção básica.

Os projetos de CAPS II e CAPSAD foram formulados e implantados respectivamente em 2002 e 2003 com a participação de trabalhadores do ambulatório de saúde mental e apenas em 2005 houve a criação do CAPSi, sendo esse um serviço de acolhimento e atenção integral a crianças e adolescentes, de zero a 18 anos, em sofrimento psíquico severo ou persistente. (ZAMBENEDETTI & PERRONE, 2008).

Em vista a disposição dos serviços de saúde mental em uma rede regionalizada e hierarquizada, os critérios que oferecem suporte à constituição da rede do município de Santa Maria foram determinados pela política oficial, expressa em leis nacionais a partir de 1990, e no plano de saúde mental de Santa Maria (SES–Santa Maria, 2003).

Atualmente, os serviços que compõem a rede de atendimento de Saúde Mental Infantil são: Atenção Básica (ESFs, UBSs), CAPSi, Ambulatório de Saúde Mental, NASM², NASF, Unidades Hospitalares (UPA, PA Patronato, Casa de Saúde e HUSM) e serviços complementares que dão suporte para a rede de atenção psicossocial, sendo estas: Universidades (UNIFRA, FISMA, UFSM, ULBRA, FADISMA e FAMES); Serviços de apoio sócio assistencial: Conselhos Tutelares (Leste, Oeste e Centro), FICAI³ – Grupo de Trabalho Centro, Grupo de Trabalho Leste, Grupo de Trabalho Oeste), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) regiões leste, Centro e Oeste, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Secretaria de Município de Desenvolvimento Social, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDICA); Secretaria de Educação (Estadual, Municipal), Programa de Atendimento Especializado Municipal - PRAEM; Judiciário e Ministério Público (Vara da Infância e Juventude) ; Casas de Acolhimento (Aldeias SOS, Lar de Miriam, Recanto da Esperança) e Projetos sociais (Cuica, Atoque, Pallotti, Tabor, SOS Aldeias, Nossa Senhora da Providencia e Pão dos Pobres).

Neste estudo, optou-se por realizar a coleta de dados com professores e educadores das Escolas Municipais que realizam constantes encaminhamentos para avaliação psiquiátrica no CAPSi, bem como através da inserção da residência no Programa de Atendimento Especializado Municipal (PRAEM), que busca subsidiar aos professores o suporte para dinamizar metodologias diversificadas e criar condições necessárias para o atendimento das necessidades de aprendizagem de seus alunos. Este programa iniciou em 2009, tendo como justificativa a inclusão escolar e atualmente realiza um trabalho em parceria com o CAPSi no apoio as escolas, sendo inserido no fluxo de saúde mental da infância e adolescência como um dispositivo de encaminhamento para o serviço.

4.3.1 Ambientação e Aproximação

² Núcleo de Apoio em Saúde Mental (NASM) é um grupo formado por profissionais da rede de saúde mental de Santa Maria os quais se ocupam da atividade de apoio matricial em saúde mental para a atenção básica. Estes profissionais compõem equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, do Acolhe Saúde (Serviço de Atenção Psicossocial, criado para atender à população de Santa Maria envolvida, direta ou indiretamente, à tragédia na Boate Kiss) e Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSM.

³ Ficha de comunicação do aluno infrequente – FICAI é um instrumento que visa a adoção de um procedimento uniforme de controle da evasão escolar em todo o RS, que se materializou, inicialmente, em porto Alegre, através de termo de compromisso, firmado em 1997 pela coordenadoria das Promotorias da infância e da juventude, conselhos tutelares, Secretaria Estadual de Educação e Secretarias Municipais de Educação. (Fonte: <https://www.mprs.mp.br/infancia/doutrina/id198.htm>).

Na etapa de campo, foi realizada uma aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa com o intuito de apresentar a pesquisa às escolas identificadas como alvo da coleta de informações. Vale ressaltar que a aproximação com o campo de pesquisa foi acontecendo diariamente desde a inserção das residentes no CAPSi. Esta aproximação ocorreu por meio dos acompanhamentos de casos compartilhados com troca de informações relativas à evolução dos casos, possíveis ajustes nos Planos Terapêuticos e dados importantes para a condução do tratamento, assim como, através da participação em visitas as escolas para a discussão dos casos acompanhados pelo CAPSi.

O momento de ambientação constituiu-se como uma etapa de grande importância para que as barreiras que afastavam pesquisador e pesquisado fossem transpostas. Para que fosse possível a realização de uma pesquisa qualitativa clara e com menos vieses foi fundamental conhecer anteriormente a linguagem utilizada pelos participantes, a rotina de trabalho e as problemáticas vivenciadas. Para tal, foi agendado por telefone com a responsável pela Secretaria de Educação Municipal um horário para apresentação da proposta da pesquisa e entrega da carta de solicitação de anuência institucional (ANEXO C). Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética e Pesquisa (CEP) (ANEXO D) e pela secretária de educação as escolas participantes da pesquisa foram convidadas a participar através de cartas convite (ANEXO E) e visitas às escolas, para que pudessem compreender a pesquisa e esclarecessem possíveis dúvidas.

4.4 Técnica de coleta da pesquisa de campo

Para a presente pesquisa foi utilizada a técnica de grupo focal, uma técnica de coleta de informações que parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros. Eles devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que a participação de todos possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. Com isso, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo (WESTPHAL, 1992).

O grupo focal como um procedimento de coleta de informações é um instrumento no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de

observar as interações características do processo grupal. Tem como objetivo obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um determinado tema (KIND, 2004).

A essência do grupo focal consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para obter informações, a partir de tópicos que são introduzidos pelo pesquisador, neste caso aquele que irá atuar como o mediador do grupo. Após a realização e coleta de informações, é realizada a transcrição do material obtido, focado em um tópico específico (COTRIM, 1996).

O sucesso para a boa condução do grupo focal começa desde o momento em que o primeiro participante entra na sala de discussão (IERVOLINO & PELICIONE, 2001). No caso desta pesquisa os participantes foram recebidos de forma cordial, criando um ambiente agradável de espera e evitando questões que pudessem interferir no bom andamento da discussão, como a antecipação de questões que fossem abordadas posteriormente, promovendo um espaço de aproximação dos participantes.

Segundo Westphal (1992), a técnica do Grupo focal permite verificar de que modo às pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. Nesse sentido, os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (WESTPHAL, 1992).

De acordo com Iervolino e Pelicioni (2001) a composição do grupo deve se basear em alguma característica homogênea dos participantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões divergentes. Segundo Gatti (2005) a homogeneidade deve ser entendida como alguma característica comum aos participantes que interesse ao estudo do problema, desse modo, os participantes do grupo com professores e educadores especiais, partiu do princípio de que todos trabalhassem na educação infantil e tivessem conhecimento sobre a temática em questão.

A coleta de informações ocorreu no segundo semestre de 2015, a partir da realização do grupo focal com professores e educadores especiais. Primeiramente foi encaminhado aos sujeitos da pesquisa um convite formal, contendo a apresentação e objetivo do estudo, e os procedimentos a serem realizados, além de explicitar a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação resultados da pesquisa.

O grupo focal foi realizado na sede do PRAEM com a participação de três professoras e três educadoras especiais. Inicialmente foram lidos os termos de confidencialidade e de Consentimento Livre e esclarecido, apresentados os objetivos e a justificativa da pesquisa,

explicando e esclarecendo possíveis dúvidas, bem como sua liberdade para abandonar o processo em qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. Também foi informado sobre o uso do gravador, permitindo maior rigor nas informações coletadas, as quais foram transcritas, subsidiando a interpretação do material.

Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas, foi assinado o termo de consentimento livre esclarecido. Sendo pactuado previamente com os participantes do estudo acerca da sua disponibilidade de horário, bem como a privacidade e confidencialidade das informações fornecidas. Também foram preenchidas folha de participantes do grupo focal (APÊNDICE A). O tempo de duração do grupo foi de uma hora e vinte e sete minutos, sendo conduzido pelo moderador que manteve o grupo focalizado no objeto da pesquisa, seguindo um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE B), o qual serviu como ferramenta para facilitar a condução da discussão da temática proposta. Porém, em determinados momentos foi importante que o grupo pudesse conduzir a discussão, garantindo o aprofundamento de questões importantes para a educação, no que tange os processos de intervenção em casos que dizem da saúde mental e de questões de vulnerabilidade social dentro do contexto escolar.

A coordenação do grupo ficou sob responsabilidade dos membros do projeto de pesquisa inicial, contando com um moderador, um observador e um anotador, o qual anotava as falas mais importantes, conversas paralelas e acontecimentos relevantes durante a realização do grupo, facilitando com isso a transcrição posteriormente.

Observou-se ao final do grupo que este espaço serviu como um lugar de reflexão sobre as práticas e como um espaço em potencial para propagar e disparar questionamentos nas escolas acerca dos processos que levam a medicalização, bem como da compreensão de como é constituída a rede de saúde mental infantil do município.

4.5 Aspectos Éticos

As questões éticas visam o desenvolvimento e validação da pesquisa. Partindo desse pressuposto o estudo foi embasado na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe da ética em pesquisas com seres humanos. Para tal, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) constando objetivos da pesquisa e garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações cedidas. Este Termo constará de duas vias, ficando uma em poder do participante e outra em poder do autor. (BRASIL, 2013d).

O presente projeto foi encaminhado para autorização do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde Santa Maria (NEPS) e para o Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM (CEP), o qual foi aprovado em 27/07/2015, CAAE: 46927115.4.0000.5346, pelo fato de envolver seres humanos conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e protocolado junto a Plataforma Brasil. No estudo o contato com os sujeitos restringiu-se a realização do grupo focal, isto é, a pesquisa não ofereceu, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social ou cultural em qualquer fase da pesquisa. Entretanto, alguns sentimentos poderiam ser mobilizados, pois no decorrer do grupo os participantes refletiram acerca de seus cotidianos e suas vivências, evidenciando um risco mínimo. Não houve necessidade de que as pesquisadoras interrompessem a intervenção realizada.

Já quanto aos benefícios, este estudo irá colaborar com a reorientação do planejamento e gestão das ações em serviço de saúde e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

As residentes pesquisadoras assumem juntamente com a professora orientadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para a realização desta pesquisa e para formação de um banco de dados. É importante salientar que as informações farão parte de um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo para pesquisas.

O compromisso ético, político e social das pesquisadoras na devolução dos resultados ocorrerá por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, o relatório final será apresentado para os participantes da pesquisa, bem como ao campo de atuação.

4.6 Análise das informações coletadas

A análise e interpretação das informações coletadas foram realizadas através de pesquisa qualitativa, conforme os referenciais técnicos da metodologia de pesquisa hermenêutica de Gadamer. Tendo o grupo focal como procedimento de coleta de informações.

A realização do grupo focal possibilitou a troca da experiência vivida entre professores e educadores especiais de seis escolas públicas de Santa Maria-RS. O moderador conduziu o grupo de forma com que fosse possível que os sujeitos trouxessem experiências de sua rotina e refletissem sobre o tema proposto. Dando a possibilidade para que eles falassem sobre a compreensão da educação e de seu fazer diário frente ao aluno na escola e dos processos que fazem com que eles os encaminhem para avaliação psiquiátrica, solicitando muitas vezes a

medicação para a permanência do aluno em sala de aula, discutindo a questão proposta entre seus pares e se questionando sobre a realidade vivenciada por eles no dia-a-dia.

Em um primeiro momento houve a transcrição do grupo focal, para uma posterior releitura e a partir dela foi se construindo uma compreensão acerca do que surgiu durante o grupo. Onde se buscou encontrar convergências e divergências diante dos tópicos disparadores da discussão, separando por eixos temáticos aquilo que o grupo conseguiu refletir diante do que estava sendo proposto. Para essa análise foi construída uma grade onde foram separados os eixos temáticos de interesse da pesquisa (medicalização da infância, desenvolvimento infantil normal e patológico, rede de atenção à criança e ao adolescente e a relação estabelecida entre a escola e a rede de atenção psicossocial).

Com isso foi possível realizar o que Gadamer traz em seu método, quando menciona sobre as voltas que se dá em torno do objeto de pesquisa e que a cada nova leitura uma nova compreensão é possível.

De acordo com Gadamer (apud MINAYO, 2004), a abordagem hermenêutica se caracteriza pela busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo central. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo pressupostos de que o ser humano é um ser histórico e finito que se complementa através da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e cultura; o texto, numa perspectiva hermenêutica, “revela e esconde”. Esses aspectos orientaram a interpretação do grupo focal.

Gadamer (2005b) em seu método hermenêutico menciona que é imprescindível que os sujeitos se apropriem das opiniões prévias e preconceitos pessoais, construindo a alteridade, a partir do momento em que este se dá conta de que seus preconceitos estão presentes. Confrontando assim, a verdade do texto com as opiniões prévias do interprete.

Para Gadamer, os preconceitos que dominam os seres humanos geralmente comprometem o verdadeiro reconhecimento do passado histórico. Nossa separação do passado não causa apenas estranhamento, não cria somente relação de alteridade. Ao contrário, a distância que nos separa de outras épocas contém também um fator de pertencimento. Em outras palavras, um historiador que quer compreender um documento tem algum tipo de ligação com ele, através da linguagem, uma ligação com a tradição, lugar histórico do qual vem o documento. Essa ligação se manifesta justamente através dos preconceitos com que o historiador aborda seu material de pesquisa.

Gadamer se refere ao aspecto do passado que de fato constitui os homens como seres históricos e não a um passado único e indivisível. As rupturas históricas existem, mas apenas tornam-se significativas ao serem incorporadas como parte de uma tradição viva e atuante na vida dos homens. A direção a partir da qual a tradição se forma e ganha sentido é algo móvel, parte da temporalidade histórica.

A tradição, segundo Gadamer, pode ser aceita e reconhecida ou mesmo evitada por uma consciência racional. Aquilo que a tradição revela não deve ser apenas algo a ser rejeitado, mas pode também ser uma fonte importante de questionamentos e de verdade. A tradição é tida como a “atitude histórica” humana geral ou natural que deve ser explorada em seu potencial positivo na produção do saber. A pesquisa não deve ser tida como uma oposição à tradição, mas como parte da sua relação com o passado. Não deve ser definida por um método, mas por sua “significação” que é operada pela relação com a tradição.

5 RESULTADOS

Na sequência serão apresentados os eixos temáticos que nortearam os resultados desta pesquisa.

5.1 A COMPREENSÃO DO PROCESSO DA MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

Dentro desta visão, os resultados apontaram para a dificuldade das escolas em irem além daquilo que constitui o trabalho em sala de aula. Isto demonstra que os professores não conseguem realizar um trabalho que possa estar potencializando a singularidade do sujeito. Alguns participantes trazem que na maioria dos casos a solução acaba sendo a medicalização em função de não existirem profissionais qualificados e disponíveis para o auxílio ao professor. Conseguem observar que existem problemas que estão fora da escola, porém se torna difícil o acesso a tudo que vai além das questões de educação e do papel escolar, mencionando a importância de buscarem apoio em profissionais que venham de outros contextos para compor juntamente com eles.

“Na escola, não tem um tempo para parar ou para enxergar aquele aluno que é um pouquinho mais agitado...mais irritado, então logo a gente já pensa: Oh! Ele é hiperativo, ou ele tem TDAH. E então temos que encaminhar e aí ele tem que tomar um remedinho e então ele se acalma, com isso fica mais ou menos no padrão dos outros...eu vejo assim...como educadora, que como faz falta esse ir além, que a

educação não tem como ir... mas o que realmente está acontecendo com essa família? ... muitas vezes, muitos professores não conhecem onde o aluno mora, não conhecem a realidade do aluno, então, conhece pelo que a mãe e o pai trazem, mas in loco, não.... Eu vejo esse lado que falta para escola...de fazer a visita domiciliar...mas não chega ainda o ponto que alcança todos os alunos.... Até um orientador educacional como ela colocou, um psicólogo... enriquece muito se tiver uma assistente social para ir lá fazer uma visita familiar, que antigamente, no Município o Orientador educacional fazia... então tem toda a parte social. ” (Relato do Grupo)

Neste ponto alguns participantes trazem uma contradição no grupo ao falar que não há necessidade de se buscar profissionais especializados e que estejam fora do contexto escolar para dar suporte. Acreditam que o professor é qualificado para compreender a demanda do aluno, mas também concordam que há falta de tempo e oportunidade para o professor conseguir compreender o aluno e suas demandas psicossociais, não conseguindo realizar as entrevistas familiares e essa aproximação com a realidade deste sujeito.

“...eu acho que não precisa vir alguém de fora. O professor tem muita propriedade, porque ele é o que mais convive com o aluno diariamente e a entrevista familiar é muito rica, só que o professor tem que ter oportunidade de fazer essa entrevista familiar. E às vezes ele não tem, porque ele recebe a turma, a turma inteira no primeiro dia e ele não tem a oportunidade de conversar com os pais, de realizar uma entrevista familiar, não precisa ser o educador especial, não precisa ser o orientador educacional, não precisa. O próprio professor tem que conhecer o aluno que ele tem. Ele tem que realizar essa entrevista... o professor de sala de aula tem muita propriedade de detectar isso, não precisa de alguém de fora, não precisa ninguém para fazer assim. Ele tem que chamar o pai. ” (Relato do grupo)

Um ponto importante, pensando na perspectiva da medicalização, apareceu quando alguns participantes trouxeram a importância de reconhecer a singularidade do aluno, não direcionando o foco apenas àqueles alunos agitados e que desorganizam a dinâmica de sala de aula, mas também observar àqueles que não se encaixam nos padrões de normalidade no desenvolvimento infantil.

Aparece de forma geral para as educadoras e professoras que é muito difícil trabalhar em sala de aula onde alunos não estão todos em um mesmo nível de aprendizado, referindo-se que é muito mais fácil medicalizar, pois conseguem controlar as crianças que fogem aos padrões de ensino-aprendizagem.

Referem-se aos comportamentos manifestados na escola, que em alguns casos são diferentes daqueles que a criança demonstra em seu território, mas não conseguem fazer uma leitura reflexiva sobre qual o papel da escola diante deste comportamento.

“...Tem um que é super apático, daí eu chamei a família porque o aluno não responde, ele não fala, ele não brinca. Não é só o hiperativo que incomoda, é o quietinho demais também... para o professor geralmente os mais quietos é que tá tudo bem ...Não, eu acho que todo aquele que não tá dentro, que tu percebe um aluno, ou que ele é muito quieto ou que ele é muito agitado, ele não tá dentro daquilo que tu acha que é dito normal, dentro de um padrão...um aluno que tem oito anos e que não brinca, que não te responde, que não fala, te chama atenção... ...porque muitas vezes nós temos o aluno como sobrevivente na sala de aula. É um aluno hiperativo, mas hiperativo por quê? Que está acontecendo lá no meio externo, fora da escola...ele pegava interação com alguns colegas, brincava, ria. Na comunidade dele, ele falava. Os outros colegas da comunidade nossa ali, diziam que ele falava, que ele ria, que ele brincava, que ele jogava bola...e lá, nada! Nem tirar o caderno, às vezes, da mochila ele não tirava. A gente tentou, tentou, tentou...mas sai pelos dedos...mais fácil tu chegar lá e dizer assim: Ah, ele é hiperativo, vou dar a medicação, pronto. Será que essa medicação vai acalmar teu aluno na sala de aula? Eu acredito que não, porque não é a medicação que dá um resultado positivo, são vários fatores que tu tens que trabalhar...” (relato do grupo)

As falas acima também remetem a necessidade de se observar o que está acontecendo no meio externo, dos fatores que podem estar causando o mau comportamento do aluno. Citam o desamparo dos familiares que também não recebem um suporte especializado e buscam na escola essas respostas. O que reforça a importância deste “ir além”, de poder estar em contato com a realidade do aluno. Evidenciando a falta de capacitação e orientação dos educadores e de poderem contar com apoiadores especializados que auxiliem nestas questões.

As participantes demonstram no grupo que existe um sentimento de frustração, de abandono, onde não há investimento e cuidado com os problemas que surgem no contexto escolar, bem como é relatado no trecho abaixo:

“...falta uma orientação para as escolas, para os professores, para o meio familiar, porque os pais também se sentem perdidos perante o filho que tem. E os professores também, eles ficam assim, o que eu faço agora? É impressionante o quanto a falta de comunicação, a falta do momento de também conversar com os professores, sobre aquele aluno. Nós não temos esse tempo! As reuniões pedagógicas, coordenações que a gente fazia, estão extintas, bem dizer. A sensação que dá, parece que é realmente uma coisa para não acontecer, para não melhorar a estrutura da escola, que está bem, bem difícil mesmo, muito complicado, e aí muitas vezes o professor precisa do socorro para lidar com aquela situação... também conhecer a vida do aluno, ou aquilo que diz respeito para que ele consiga entender, pra ajudar o aluno na questão de relação, na questão afetiva... E não só a questão do desenvolvimento e da aprendizagem, propriamente dita...” (relato do grupo)

Identificamos que é quase unânime na percepção das educadoras a necessidade do uso da medicação em casos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e que os educadores atribuem ao uso do metilfenidato a melhora no comportamento de crianças, que são agitadas e com dificuldades escolares, referindo-se a este medicamento como aquilo que

faz milagre e deixa a criança feliz. Atribuindo o mau comportamento a questões de irritabilidade e inquietação. Conforme descrito no trecho abaixo:

“...realmente é necessário a medicalização, e é isso que a gente está vendo...eu acho que as vezes é extremamente necessário o encaminhamento na hora certa...Porque eu quando cheguei lá na escola tinha um aluno, estava no terceiro ano já, com distorção de série idade, por diversas repetências e ele nunca tinha sido encaminhado. O aluno era um caso grave de hiperatividade, um caso grave de dislexia. Ele nunca tinha sido encaminhado para lugar nenhum, ele não tinha diagnóstico de nada. Era um aluno que estava totalmente perdido. Os professores não sabiam o que fazer com ele e no momento que ele foi encaminhado, no momento que ele foi medicado, ele ficou uma criança feliz. A Ritalina fez milagre na vida dele.... agora ele é um aluno que está alfabetizado, quando ele não toma um remédio, ele é outra criança. A mãe dele mesmo relatou para nós que ele chegava a pular no lugar dizendo: Eu não consigo parar, eu não consigo ficar parado. Parecia que ele não tinha controle. E todos os anos os professores faziam aquele relato...tem um menino que é considerado um menino de rua, mas enquanto ele está na escola, enquanto ele está medicado, a professora mesmo diz, hoje ele está sem medicação. A medicação não veio, ele não para. Ele não consegue ficar sentado...ela pedia, pedia...liga para a mãe e pede pelo amor de Deus para virem trazer o remédio, porque ele não consegue sentar. Então o remédio fez toda a diferença na vida dele...questão de três meses ele começou a se alfabetizar... E tem outros muitos casos...onde vem a criança já com medicamento, se consegue toda essa ida da família ao especialista e a criança é medicada, a partir do que recebe o medicamento, que é realmente o caso...é outra criança. É uma criança antes, pulando lá e não conseguindo ficar quieta num lugar e outra criança depois, concentrando, conseguindo fazer as atividades, esse caso está resolvido. É um caso de hiperatividade, questão da indisciplina...e já tem outro menino que nem foi a escola quem encaminhou para uso de medicação. Ele foi parece através dos pais, de casa, porque eu acho que em casa ele deveria ser mais agitado que na escola e ele toma duas vezes por dia. Ele toma na hora da entrada e toma na hora do recreio. Porque nem ele se aguenta. Ele chega lá na hora do recreio, professora está na hora do meu remédio. Ele chega a dar uns pulos dessa altura assim. Para ele também, fez totalmente a diferença...eles não conseguem, né! E isso afeta toda a questão psicológica da criança. É bem complicado. A questão da autoestima depois na adolescência se tornam crianças de risco. É bem mais complicado. ” (relato do grupo)

Ficou claro no grupo que o uso do metilfenidato é algo comum dentro do ambiente escolar, onde professoras e educadoras se sentem capacitadas para questionar o uso ou a falta dele quando observam que a criança não está reagindo normalmente. Sentem-se empoderadas para questionar os familiares quanto ao uso, inclusive solicitando reavaliações médicas, questionando o diagnóstico estabelecido. O que demonstra uma contradição no discurso entre as professoras e educadoras especiais no grupo, pois em muitos momentos é mencionada a importância de se compreender o sujeito e seu contexto psicossocial, sendo este ponto muito reforçado pelas educadoras especiais.

“...E geralmente é comprovada a nossa suspeita. ...a gente liga, já teve casos de ligar para o pai e perguntar: Olha está acontecendo alguma coisa com a medicação? Porque ou ele está muito apático ou ele dormiu. Teve um aluno esses dias que dormiu a manhã inteira. Casos de a gente saber que ele faz uso de medicação, aconteceu com ele tomando Ritalina. Ritalina não dá sono! Ritalina muito pelo contrário. Ah! Não

professora ele tomou só Ritalina e eu disse que era impossível ele ter tomado Ritalina antes de sair e estar dormindo, ele parecia que estava bêbado, o menino, adolescente. Ele não conseguia abrir os olhos e ficar de pé e ele é muito grande ele olhava assim e caía...ele não foi no recreio, ele dormiu a manhã inteirinha...” (relato do grupo)

Ainda nesta perspectiva do uso ou não da medicação, algumas educadoras mencionam a existência de casos em que a medicação faz toda a diferença na vida do aluno, modificando comportamentos e padronizando a sala de aula e que em outros casos ela não é eficaz, mas não no sentido de uma visão crítica ao uso da medicação e sim ao fato de atribuírem a um diagnóstico errado, ou ao uso inadequado de determinada medicação. Como pode ser observado no relato do grupo em que as professoras solicitam uma reavaliação da medicação.

“...eu posso citar que a medicação fez a diferença na vida do aluno. Então eu acho que a medicação quando usada adequadamente, na hora certa, ela é necessária. Agora, conheço casos que a medicação não fez diferença nenhuma. Tem um aluno lá na escola, no sétimo ano que usa medicação e para ele dá enjoo, não faz diferença nenhuma. Tu podes dizer, olha, ele não precisa da medicação. A medicação para ele não está funcionando, leva no médico, por favor, para rever, vai em outro médico, ele não precisa dessa medicação. Então tem casos, que não é adequado o uso da medicação...ela é usada só para déficit de atenção, não necessariamente vai precisar ter uma hiperatividade junto. A medicação fez diferença na vida dele. Telefonar para a família, comunicar o pai, pedir para ele levar o menino no médico, para ele rever a medicação. Até porque esse menino, acho que não é caso de Ritalina. Não faz efeito! Falo por experiência também. E é isso que eu sempre digo para os pais, quando não é o caso, não funciona. Nesses adolescentes que usam para estudar para o vestibular, não adianta! E no caso, às vezes há associações também. TDAH tem associação com ansiedade, com impulsividade, com transtorno desafiador opositor. Tem vários outros...que tem que ser trabalhado também...esse menino aí que dormiu...a Ritalina não fez diferença nenhuma na vida dele. A não ser que ele mudou o comportamento para dar sono...é isso aí que o médico disse. Se realmente, vai dar outros efeitos que não o esperado para medicação...não fez diferença nenhuma, nenhuma, assim para melhor na vida dele. Muito pelo contrário, agora ele dorme, ele fica mais apático...porque inibe a questão motora. Porque a Ritalina é um inibidor... não fez assim, nenhuma diferença. Até piorou a vida escolar dele...isso pode acontecer. Um efeito rebote da medicação.” (relato do grupo)

Percebe-se com a fala acima que as educadoras observam a necessidade do uso da medicação em seus alunos através das observações no cotidiano escolar, naquilo que é observado dentro da sala de aula pelo professor. Trazem no grupo que muitas vezes as professoras solicitam a avaliação do educador especial para identificar se existe demanda, pedem um olhar mais especializado para questões do comportamento. As educadoras especiais trouxeram como procedem frente as demandas trazidas pelos alunos, da importância da aproximação com o núcleo familiar para compreender melhor as questões da criança, buscando na família maiores informações sobre o comportamento dos alunos, realizando entrevistas com os pais, como forma de aproximação e maior compreensão.

“...através da observação, que o professor tem que ser muito perspicaz. Por isso que é importante ter a reunião, por isso que as trocas são importantes...na hora do recreio...no corredor...no conselho de classe...as gurias me falam na hora do recreio, me dão fichinha. Olha eu quero que tu retires tal aluno, eu quero que tu vá lá na minha sala e fique sentada observando. Eu notei que aquele aluno está assim. É feito isso. Essas trocas. Eu quero que tu fiques lá dentro da sala e veja se não é uma cisma minha...tenha o outro olhar...Eu sempre chamo a família. Isso é de praxe. Entrevista com a família sempre. Sempre, sempre, sempre busco o máximo de informação.... mesmo não sendo o caso de educação especial... Eu encaminhei um menino com suspeita de hiperatividade ou uma ansiedade em vista de fatores externos que estão acontecendo. Eu tenho a família, eu tenho a mãe que é depressiva, que está passando por um processo muito difícil ao qual ela não superou ainda e ela também está se vendo, ela não sabe como lidar com o próprio filho em casa. Ela está perdida em todo o meio. Então como é que eu faço, como é que aquele aluno está lá na sala de aula. É um sobrevivente! Vamos ver, vamos lá conversar com a família, até às vezes o que eu percebo, a família precisa de ajuda e ela quer essa ajuda...” (relato do grupo)

Por outro lado, uma parte do grupo consegue fazer uma leitura de que em alguns casos de agitação motora, irritabilidade, agressividade é necessário avaliar a questão da necessidade de medicação, observar quais aspectos estão comprometidos e se a medicação realmente é a solução para o problema manifestado pelo aluno. Compreendem que a escola poderia estar investindo mais nos alunos e em atividades e projetos que amenizassem esses sintomas dentro da escola.

No grupo surgiu a preocupação das professoras em casos de superdosagem da medicação. Observam no comportamento do aluno dentro da sala de aula quando este fato acontece, trazendo na discussão que alunos dormem durante as aulas e fica claro o quanto o grupo questiona se a medicação é correta, entram em contato com os pais os quais relatam estar fazendo o uso prescrito. Diante disto percebe-se uma dúvida quanto aos atendimentos realizados pelos médicos psiquiatras e a dosagem atribuída ao diagnóstico. Frente a isto acabam solicitam uma reavaliação para ajuste da medicação.

“...existe o menino lá ele usa medicação e mesmo usando medicação eu acho que ajudou bastante, né, em relação a medicação que ele está tomando, está ajudando, mas acalmou em relação as atitudes dele, não! Por quê? Porque eu tenho que trabalhar o outro lado também que está fazendo com que ele tenha esse comportamento. Dentre ao meio dos colegas...tem casos que poderiam ser questões de irritabilidade ou hiperatividade, assim, algo que a escola poderia mediar com um projeto ou com um atendimento mesmo na escola...Sem procurar essa avaliação com o diagnóstico, então se tem o diagnóstico sim, então tá tudo pronto...tem que tomar o remedinho e ele é assim...já tá ali meio que o rótulo...têm crianças que a gente observa, que eu sempre digo para as professoras, parece que esse aluno nunca teve experiência de respeito, ele não sabe o que que é afetividade.” (relato do grupo)

Ao abordarmos a questão da aproximação familiar, do acolhimento às realidades trazidas pelos alunos e poder trabalhar diretamente com elas, na busca pelo entendimento das condutas das crianças e da manifestação de seus comportamentos, houve uma discordância na percepção de professores e educadores especiais. Os professores alegam não ter tempo disponível para a realização de entrevistas, diferente das educadoras especiais que estavam na escola para realizarem este trabalho.

“...Tu como educadora especial... no teu caso que tu pode conhecer mais, mas nós professores não...” (relato do grupo)

A partir disto as educadoras especiais colocaram que este papel pode ser desempenhado por todos que trabalham na escola e trouxeram exemplos de seus locais de trabalho, onde professoras conseguem participar mais ativamente das problemáticas trazidas pelos alunos. Ao mesmo tempo professoras questionam a posição das educadoras especiais quando falam que o aluno se comporta de maneira diferenciada quando estão em atendimento individual, uma vez que na sala de aula as crianças estão no coletivo e influenciadas por outros estímulos.

“...até orientação, qualquer professor, qualquer um pode fazer...qualquer professor. As gurias, as professoras do pré fazem isso...A identificação é feita pelo professor em sala de aula...as professoras do segundo ano fazem isso lá na escola. Todas as professoras têm de praxe fazer entrevista familiar... E no conselho elas passam de um ano para o outro. Esse tem a passagem no final do ano...Esse aluno aqui, ele já vinha com esse problema, problema familiar...Ele usa medicação, ele não usa...é passado pro outro professor, não como rótulo, mas pra ti ter outro olhar...é feita essa avaliação no decorrer das primeiras semanas de aula e quando é o caso é chamado os pais se chama, mas nessa ficha já vem um breve parecer do professor colocando como é esse aluno em sala de aula...a gente vai para a entrevista com os pais e pergunto como é em casa...se a rotina é semelhante, se o comportamento é semelhante nos dois ambientes e é muito acentuado, então a gente traz o aluno também pro atendimento, observa, faz todo esse trabalho com o aluno....muitos casos que são muito hiperativos em sala de aula, com a gente é diferente o atendimento deles, eles não demonstram serem tão hiperativos.....é porque é individual...depende porque é individual. Se tu colocas eles num grupo tu já começa a perceber mais ansiedade, geralmente o hiperativo é muito ansioso. Ele quer tem um objetivo. Então passa um tempo, realmente se manifestou, foi observado, a gente passa, faz o encaminhamento para família levar para um especialista. ” (relato do grupo)

Baseado neste relato observa-se que a discussão de casos no ambiente escolar é imprescindível. A escola deve possibilitar momentos de trocas entre os professores e educadores especiais. Alguns trouxeram ser comum que familiares solicitem na escola encaminhamentos para os filhos, entretanto a escola não observa, no contexto escolar, demanda

para encaminhamento. Fato que justifica a importância das discussões de casos e seus possíveis encaminhamentos. Isto também reflete a falta de orientação quanto ao desenvolvimento global infantil e da inclusão das queixas trazidas também pelos familiares.

Os encaminhamentos para avaliação especializada, segundo o relato do grupo, são realizados pelas educadoras especiais, uma vez que os professores não se sentem empoderados para tal procedimento.

“...ontem mesmo teve uma menina do primeiro ano que a mãe queria um encaminhamento. A escola não solicitou...ocorre isso também...A mãe queria, mas não foi detectado nada na escola. A menina tem uma aprendizagem excelente, está lendo no primeiro ano, está escrevendo e a mãe disse que ela roe as unhas. A gente nunca observou, a mãe diz que ela era muito ativa em casa, que ela batia no irmão menor, a gente nunca observou nenhuma atitude agressiva. A gente não pode fazer nenhum parecer, que ela tem algum problema, pois ela está com a aprendizagem ótima. A gente vai escrever como ela é na escola. Ai se a senhora quiser relatar como ela é em casa, a gente vai dar um parecer da escola...a gente orienta...a gente não pode dizer que ela tem problema de hiperatividade que ela não tem...em uma pré-escola do município, uma criança chegava, a mãe largava, tinham que fechar e ficar na porta de pé, com a mochila, não tinha reação nenhuma, nenhuma, com nenhum colega. As outras crianças brincavam, se agitavam, faziam e aconteciam. Ali ele ficava a aula inteira...todo mundo ia e conversava com ele, então ele começava a chorar, e se encolhia e chorava e não olhava para ninguém. Chorava em pé na porta...foi encaminhado...porque as escolas às vezes não têm orientação. Quem faz o encaminhamento é a educadora especial. E teve um outro caso que ele era hiperativo, ele chegava, subia na mesa, descia, fazia horrores, quebrava brinquedo, não parava um segundo, casos assim a professora nota na hora, já te passa na hora o caso...antes quem observava era os professores, até pelo fato dos professores estarem mais presentes frente ao aluno...agora é assim...prof. entra lá na minha sala para dar uma observada no fulano lá, porque incomoda...Há a necessidade de encaminhar, tem que encaminhar, ai faz o encaminhamento, ai sim é feita a avaliação.... Às vezes elas confundem também e acham que a gente vai tratar a questão fonoaudiológica, então a gente faz o encaminhamento, conversa como é...porque ele não está conseguindo a dicção, a dicção dele está comprometida. Então é preciso trabalhar a parte fonoaudiológica, eu tenho que trabalhar outras coisas também, ou trabalhar o que é que está realmente afetado.” (relato do grupo)

5.2 CONCEITO E COMPREENSÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO NORMAL E PATOLÓGICO NA INFÂNCIA

Na visão do grupo, o conceito sobre desenvolvimento normal e patológico ocorre através da experiência, das atitudes demonstradas pelo aluno, do que é normal para determinada faixa etária. Em alguns casos a participação familiar é necessária para contribuir no entendimento do caso.

Atribuem à observação do comportamento da criança como determinante para perceberem se ela apresenta algum atraso em seu desenvolvimento. Buscam compreender o motivo da agitação do aluno no ambiente escolar, tentando identificar características que são

apresentadas apenas na escola e de que forma isto aparece no contexto familiar e social. Ficando claro que este papel é realizado pelo educador especial.

“...normalmente, pela experiência pela vivência, pela faixa etária deles, né, porque é normal para aquela faixa etária ou porque sai muito fora...em atitudes...atitudes também fora...porque sempre que o professor começa a observar no início do ano é feito encaminhamento para fazer uma avaliação, quando tem o educador especial na escola é feita uma avaliação. A gente faz uma conversa com a mãe vê o histórico de vida escolar dele, se ele não era aluno já da nossa escola. Porque quando é aluno que já vem um tempo de dentro da escola a gente consegue acompanhar e ver melhor. Mas quando é um aluno novo que chega vemos em atitudes, dificuldades. A gente, às vezes, observa que o aluno quer aprender e não consegue. Às vezes porque a questão emocional está muito bloqueada, a gente percebe que a criança não consegue conversar... às vezes a criança ri do nada, chora do nada, ou agride o colega do lado. Coisas sem motivos...às vezes quer chamar a atenção...tem que ver, tem que investigar... tem que observar muito...ou pela agitação, nem sempre a agitação é hiperatividade, com certeza, nós temos vários casos que não é hiperatividade... às vezes tem que observar muito bem primeiramente, às vezes ele é inquieto, mas o porquê daquela inquietação...é hiperativo ou é uma ansiedade em vista de fatores que estão acontecendo.... Ele é quieto, ele não fala, mas ele não fala por quê, porque ele mesmo percebe que ele não consegue falar direito e quando ele for falar, ele é visto pelos demais da turma, então eu prefiro ficar calado. São vários os fatores, existe a vinculação, a parte comportamental. Ele é inquieto na sala de aula, ele é agressivo na sala de aula, mas porque que ele é agressivo na sala de aula?” (relato do grupo)

Ao falar sobre desenvolvimento infantil as professoras trouxeram outro fator ao qual relacionam a questão do normal e do patológico e que hoje vem sendo um índice preocupante dentro do contexto escolar que diz respeito ao uso de drogas, envolvimento com tráfico e filhos de pais usuários, pontuando que a rede que temos não tem profissionais suficientes para dar conta dessa demanda.

“...eu acho que outro fator que é visível é a demanda dos alunos que tem um envolvimento com o tráfico...E são oriundos de famílias, que foram gestados com usuários...e tem aumentado bastante os pais usuários de drogas... porque às vezes quando vai conversar com a mãe, a dificuldade de articulação, de organização mental da mãe...às vezes, menos de dez minutos, a gente consegue detectar que tem alguma coisa, que tem né! E aí a gente vê, claro a origem muitas vezes da questão da criança. É uma defasagem neurológica, nem sei se a medicação vai ajudar, mas a gente na responsabilidade encaminha para um serviço que talvez tenha uma visão, um diagnóstico, alguma coisa mais especializada, para ver se consegue ajudar aquela criança, mas a gente sabe que a demanda de crianças que estão aparecendo com problemas de aprendizagem, defasagem neurológica, ou seja, defasagem de aprendizagem na verdade. É complicado, porque a rede não tem especialistas suficientes para dar conta desses casos...” (relato do grupo)

As professoras justificam que hoje existe um contexto escolar, uma legislação que não auxilia o aluno na sua construção crítica e de aprendizagem, favorecendo ao aumento da

marginalidade e do alto índice e reprovação dos alunos. Nessa lógica, muitas crianças e adolescentes acabam recebendo diagnósticos errôneos e sendo confundidos com alunos com transtornos mentais.

Percebe-se que as escolas têm capacidade para realizar a diferenciação entre os casos em que envolvem questões sociais e de vulnerabilidade, da dificuldade do aluno em aprender em função de uma lei que favorece o seu comprometimento em sala de aula.

“...não é por acaso que nós temos um índice de marginalidade, vamos dizer assim, os assaltos, os roubos, cada vez mais crianças começando nesse mundo, nessa via para sobrevivência...e muitas vezes param de estudar lá pelo quarto ano, as vezes não conseguem ir adiante porque não aprendem a ler e a escrever. Nós temos casos de alunos, estamos no terceiro ano que não aprenderam a ler e a escrever, por quê? Porque tem um programa que não pode reprovar aluno, não pode reter a criança no primeiro ano e segundo ano. Que para mim é um crime, é um crime isso para os alunos...na minha escola na terceira série eu tenho três, quatro em cada escola...ninguém está mudando a vida desse aluno, uma vez que dizer que a aprovação está aumentando a estima dele. Bem pelo contrário...ele está cada vez mais se dando conta que ele não consegue aprender e os outros conseguem...e correndo o risco de serem confundidos como alunos especiais...e eles não são alunos especiais...eles precisavam ser respeitados...eles são alunos que estão sendo jogados...para nós é claro...só atendendo tu já vê se eles são alunos especiais ou não! Se ele é um aluno com retardo mental ou não...e os professores também reparam...só que a gente não tem mais um empoderamento assim de reter o que a lei obriga com essa promoção.”
(relato do grupo)

Aparece na fala das educadoras especiais que em casos como estes os professores solicitam a avaliação do Educador, procurando algo que justifique o fracasso escolar do aluno por via do desenvolvimento infantil e muitas vezes acabam atribuindo este fracasso a questões relacionadas a transtornos e necessidade de medicação. O que contrapõe o que foi dito anteriormente, onde foi falado que a escola consegue detectar estes casos e fazer a diferenciação do normal, patológico e daquilo que diz da ordem social e do contexto em que a criança está inserida.

Porém, elas pontuam que existem muitos casos de dislexia e que de fato alguns problemas são mais sérios e precisam de um olhar mais especializado ou uma intervenção familiar.

O grupo, no geral, manifesta que existe uma ansiedade por parte do professor em relação aos alunos estarem reprovando e que precisam de um auxílio para compreender o que pode estar relacionado a este fato e em determinados momentos não se sentem empoderados para sustentarem a necessidade da reprovação e atribuem o comportamento e a sensação de fracasso do aluno como resultado deste padrão escolar.

“...mas, às vezes, eu já senti isso. De que o professor vê muitos alunos reprovarem e quererem que a gente faça uma avaliação...dizendo que ele tem...justificando uma forma, mas a gente sabe que não são alunos especiais e a gente não vai fazer isso...a gente simplesmente diz, isso é problema de aprendizagem...eu nunca me neguei de dar apoio pedagógico, mas não tem como confundir. Uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa...é muito caso de dislexia também. A gente tem muitos casos de dislexia...alguns são os problemas mais sérios ou porque não tem apoio em casa..., mas que é claro que não tem um déficit cognitivo, uma coisa mais séria...e a própria ansiedade do professor de ter vários alunos em reprovação. E querem um auxílio...lá na escola em que eu trabalho, tem um no quinto ano. Até o quarto ano ele nunca reprovou, mesmo com toda a defasagem que ele tem, ele nunca reprovou. Ele chegou no quinto ano, ele é percebido não só por um, mas por vários professores, até no quarto ano dependendo da escola, que ele tem uma defasagem e ele não consegue acompanhar e aí o professor te diz, como é que eu vou reprovar este aluno se até agora ele não nunca reprovou, entendeste? E o que acontece? Ele vai aprovar...O que realmente essa não reprovação está produzindo. Alunos cada vez mais com sentimento de fracasso.” (relato do grupo)

Com isso os professores atribuem a confusão entre o que é um transtorno de aprendizagem e um problema de aprendizagem a um desencantamento dos alunos e dos pais frente à escola e seu papel.

“...a confusão se assolando entre o que é um problema de aprendizagem e o que é um transtorno de aprendizagem e isso confundido com o público alvo da educação especial, associando-se a um desencanto com a escola, por parte dos pais, porque os pais passam a questionar...o meu filho nem consegue ler direito, como é que essa escola aprovou. Quando a escola se dá por conta desse discurso da família, convoca a família, chama e explica, a família percebe que nem todas as escolas concordam com esse procedimento, né, recomendado e lamentam...pode-se dizer que a escola acaba tendo uma criança altamente fracassada, com sentimento de fracasso. Ele traz nas suas atitudes, através do choro, através da negação, dá falta de pontualidade, através da falta de empenho na sua aprendizagem e vai se constituindo como uma família desencantada com a escola, desencantada com seu próprio filho e fazendo uma pergunta assim: O que é que eu vou fazer? Está há três anos, faz uns cinco seis anos que está na escola e ainda não aprendeu a ler. Cria-se um problema bem maior...e muitos desses até são encaminhados e às vezes confundidos com alunos deficientes.” (relato do grupo)

5.3 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A REALIZAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Algumas participantes relataram dificuldade de acessar a rede de atenção a criança e aos adolescentes, muitas vezes desconhecendo quais os dispositivos apresentados, enquanto que outras conseguem articular de forma mais efetiva, buscando auxílio nos CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, CAPSi e outros serviços oferecidos pela universidade.

Criticam o aumento do número de encaminhamentos para avaliação neurológica sem um parâmetro para tal encaminhamento, sendo muitas vezes desnecessária tal avaliação. Remetem ao que foi mencionado anteriormente sobre o uso de drogas e a confusão que é feita frente a essa realidade.

Ao detectarem casos em que for constatada demanda para acompanhamento especializado, falam da dificuldade em acessar estes dispositivos. Atribuem a grande demanda e a falta de profissionais que possam dar conta dos atendimentos. Algumas citam a defasagem desses serviços e que já houve momentos em que era possível um trabalho mais qualificado e resolutivo e que hoje o acesso é limitado e pouco resolutivo. Descrevem uma rede que não dá conta.

“...num primeiro momento, dependendo da situação, encaminhamos para o posto de saúde, pede para fazer uma avaliação com a médica...com o médico pediatra e se for o caso fazer o encaminhamento, na maioria é. Eu acho um absurdo a quantidade de avaliação neurológica que tem aparecido. Que a gente entende que às vezes é essa a questão que eu falei antes do problema de drogas e realmente é um problema neurológico, em algumas áreas...mas, nem sempre a avaliação neurológica vai detectar, dependendo do exame não detecta...então só pra dizer que fez. E outras questões a gente encaminha para o serviço de fono, pedir uma avaliação, gente nunca diz precisa, a gente pede a avaliação. Na policlínica do Rosário é aonde eu mais encaminhava pela escola, com o serviço de fonoaudiologia, mas agora está com muita dificuldade, eles estão com a demanda muito grande e eu não tenho encaminhado mais nenhuma criança.... No SAFE⁴ em anos anteriores eu ia pessoalmente, pedir, agendar e ver a situação. Pedia ajuda do conselho tutelar também, tinha épocas que eu ia no conselho e as pessoas que estavam lá ajudavam para fazer o encaminhamento...quando a gente via realmente a necessidade, mas muita coisa vem se atravessando...as demandas aumentando, e os serviços decaindo...então a gente está vivendo uma situação caótica. É caos total...a demanda aumentou...e os dispositivos na rede, diminuiu a disponibilidade, o acesso. Está mais difícil. Então está se determinando uma distância muito quilométrica...e grave...entre a demanda que está nascendo, por motivos múltiplos, associado a uma rede que não está dando conta. Então aí entra motivos múltiplos, né! É a crise financeira, redução de profissionais...o que acontece é que o aluno de primeiro ano, segundo ano, que está na fase de pré-alfabetização, alfabetização ele tem um problema sério de fono e aí ele vai ser atendido quando? De repente, lá no final do ano e aí passou todo o ano...eles encaminhavam para o posto o posto encaminhava e ele se perde no caminho...e nesse ano ele é atendido, ou não! E aí vai passando. Quando vê ele está lá no terceiro ou quarto ano...já não se dá conta dessa demanda.” (relato do grupo)

Ainda em relação às questões do acesso a rede e como trabalhar com questões sociais, foi unanime a posição das educadoras e professoras ao falar sobre as famílias e as questões de vulnerabilidade. Atribuindo em grande parte ao despreparo dos pais para desempenharem as suas funções enquanto cuidadores e aos programas do governo que favorecem o aumento destes índices, através de benefícios e incentivos.

⁴ Serviço de Atendimento fonoaudiólogo especializado oferecido pelo curso de Fonoaudiologia da UFSM.

“Qual é o endereço de tantos problemas, de tantas situações problemáticas que as pessoas estão...é o social...vulnerabilidade...eu vejo a questão familiar...as pessoas estão cada vez mais, despreparadas para ter um filho e quando estão despreparadas para ter um filho, são muitas as vezes que tratam um mínimo problema que está aparecendo e não tem a perseverança que requer a situação de criar um filho, de estudar, de ser um profissional. É tudo ou quase que tudo movido pela lei do menor esforço. Não, eu vou escolher a profissão que dá menos trabalho, que eu não preciso trabalhar até mais tarde...então existe muita, muita tendência da lei do menor esforço. E quando se tem a lei do menor esforço, o que acontece com os problemas? Os problemas surgem a todo o vapor...é que na verdade, esses programas assistenciais do governo favorecem...favorecem a ter mais filhos...para ganhar mais...quanto mais melhor...mais bolsas...na minha escola, por exemplo, eu tenho uma situação, duas! Lamentáveis...que a mãe procurava um diagnóstico da criança para ter o benefício...o BPC⁵...aposentadoria? É um tipo de aposentadoria. A criança ganhava um salário mínimo por mês...e está resolvido o caso...ela não estava preocupada...parece que ela faz questão, é isso que eu vejo, faz questão de ter esse filho, esse diagnóstico.” (relato do grupo)

E o que fica evidente no relato do grupo é que a escola muitas vezes não está preparada para lidar com este tipo de situação. Na qual os pais criam uma demanda para os filhos, reforçando sintomas para obterem seus benefícios. Acabam criando estratégias para lidarem com essa realidade, não tendo subsídios para embasar as intervenções.

Não conseguem acessar a rede para diluir e compartilhar as ações, sobrecarregando os professores, família e escola. Professoras acabam realizando o papel que deveria ser compartilhado com a rede de atenção e isto demanda muito da escola. Famílias não assumem, muitas vezes, seu papel e sua responsabilidade juntamente com a escola. O educar recai apenas no contexto escolar, onde as educadoras apontam para os inúmeros fatores que correspondem para a aprendizagem, indo além do que está no interior da escola.

“...eu comeci a perfurar o discurso da mãe...ai eu acompanhei ao médico neurologista era uma hipótese diagnóstica, esquizofrenia associada com deficiência mental, então foi esclarecido o diagnóstico, que esse menino era público alvo da educação especial pela deficiência mental, não pela esquizofrenia e foi muito dolorido explicar para ela o que é uma deficiência mental e o que é uma esquizofrenia e que isso não representa hoje uma invalidez ou um benefício do porte que ela queria ter, ou seja, ela vai ter que desempenhar...ou trabalhar o papel da mãe com esse diagnóstico e com essa perspectiva. Ai eu fiz toda uma espécie de relatório que a professora registra diariamente a situação desse menino em sala de aula e assina ao lado...a gente tem retorno na consulta, eu pedi uma antecipação da consulta, porque ele estava ficando bastante agressivo e ela estava negligenciando com a escola...choveu não vem pra escola, dando explicação assim: vai molhar a roupa e ele não tem outra, então tudo

⁵ O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Fonte: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/bpc-beneficio-prestacao-continuada>).

bem ninguém é obrigado a ter meia dúzia de calças, mas como você é uma pessoa adulta, você pode ir e vir e se molhar e chegar em casa e se trocar para vir buscar a atividade. Ela estava se negando, mandava um bilhete e ela se quer assinava. ...mas eu quis tanto o benefício para ter direito e a senhora me disse que eu não poderia ter. Não sou eu, existe uma Legalização, existe critérios para ter isso, então, essa mãe ficou muito desapontada com a escola, inicialmente, mas hoje ela está entendendo que a escola não acolheu o discurso dela. Muito pelo contrário, desvendou e o médico nos ajudou muito. E hoje ela está indo no caminho certinho, ou melhor, o caminho adequado para essa situação. O menino está conseguindo aprender, tem as suas situações, assim, bem estressantes dentro de sala de aula. Quando eu ligo para ela vir na escola, ela vem imediatamente, porque são situações que requerem que ela venha, mora perto da escola. Ela não é mais mal-educada, como ela era comigo ou com as minhas colegas, quando a gente ligava e isso tudo ficou em ata, ela assinou, então ela começou a entender, que ela tem que ter compromisso com o que se faz, com o que se fala. E ter filhos não é para qualquer um! Então eu acho que isso para assistência social, um objeto de trabalho, não se está batalhando por uma estruturação familiar, não interessa para escola se é o pai e a mãe que tem que educar os filhos, mas sim aquela pessoa que está próxima e que é responsável por aquela criança! Porque a escola fala isso, não existe mais lugar para o discurso...nós não temos mais família estruturada, nunca tivemos, porque que agora nós vamos ter e qual é a garantia de que se eu tenho uma família estruturada eu vou ter uma boa aprendizagem para o meu aluno. São inúmeros fatores que concorrem para que aconteça uma aprendizagem...e o quanto, da parte da assistência social vocês fizeram com essa mãe. Não só de educação, aqui a gente fala de educação como um modo geral, mas a educação assistencial, porque ela precisava de uma orientação, vocês deram a orientação e ela conseguiu...tive um caso semelhante, mas talvez o modo como eu direcionei ou a escola direcionou, muito o caso, orientou, encaminhou a família não veio. Nós ligávamos para a família, não vinham atrás, perdiam o atendimento. A família era muito omissa. A gente não conseguia trazer a família para nós. Então a família tirou o aluno da escola municipal e colocou para o estado. Eles tiram os alunos, agora eu acho que a gente não pode ter medo de dialogar de uma forma bem firme com a família. Por exemplo, essa mãe: Ah, professora, mas em outras escolas, das minhas amigas não ficam chamando os pais, as mães, assim toda hora na escola, pois bem, a senhora lembra que a nossa escola é pública, tanto quanto da sua amiga, a senhora está aqui porque a senhora escolheu essa escola. Essa escola funciona assim. A outra escola funciona ao seu modo, mas todas respeitam um conjunto de regras, um conjunto de Leis que regem o sistema escolar.” (relato do grupo)

A rede de atenção à Saúde é referida na fala das educadoras, porém algumas apontam para um desconhecimento quanto a rede assistencial, não tendo conhecimento quanto aos serviços de território os quais poderiam estar compondo com a escola na busca de estratégias para ampliar o olhar frente aos sujeitos e seu contexto social. Em função disto a escola assume essa demanda e se vê sozinha, sem suporte para se fazer resolutiva.

“...eu vejo que o professor também tem que ter muitas visões...a visão integral do ser, não só do aluno, mas de todo um ser humano, de um sujeito, da história, da parte cognitiva, da parte afetiva, da parte comportamental. Então, às vezes isso sobrecarrega um pouco o professor. Agora a gente não tem mais turmas, pelo menos no município, acho que estão grandes, enfim, mas mesmo assim a gente tem uma carência de pessoal na escola para também nos dar suporte...e a família se beneficia disso...de forma negativa...nesse caso que a gente chamava a família, mas a gente não tinha esse retorno, a gente acessava o conselho tutelar. Em caso de vulnerabilidade...e os CRAS

também! E o serviço do CRAS ajuda muito também. Depois teve alguns problemas...eles estiveram agora na escola também.” (relato do grupo)

Assim, fica claro no relato do grupo que a escola encontra no conselho Tutelar o suporte para questões que envolvem vulnerabilidade. Ao mesmo tempo as educadoras trazem que os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) estão indo até algumas escolas para apresentarem os serviços, mas que não existe um trabalho integrado e nem a clareza quanto ao papel destes dispositivos da rede.

No grupo apenas duas escolas desenvolvem um trabalho conjunto com os CRAS e descrevem este serviço como apoiador, mas falam das dificuldades encontradas enquanto gestão. Uma vez que são serviços instáveis e com grande rotatividade de profissionais, o que compromete o vínculo e o trabalho a ser desenvolvido.

“...Mas mesmo assim, todos os casos que já eram acolhidos, já eram acompanhados, que já tinham uma interação direta com escola e CRAS...de repente para tudo, né! Quem estava intervindo mais era o serviço social e a psicologia...é um aliado... agora eu estou novamente como orientadora educacional, indo, me aproximando e vendo...da parte do serviço social para visita domiciliar, mas foi solicitado por e-mail e aí eu nunca obtive resposta, nós não conseguimos trabalhar nessa via de e-mail...até porque, sentar na frente do computador, uma hora ele quer funcionar, uma hora ele não quer funcionar e aí não dá. E quando eu envio e-mail, às vezes demora para vir a resposta ou deu probleminha lá...e sempre o contato com o CRAS era via rapidamente telefone. As gurias já anotavam o nome da criança e endereço, já davam uma devolução! Ou eu ia pessoalmente levar a cópia de algum registro interessante para poder fazer a interação. Elas iam diretamente, tanto a psicóloga, quanto a assistente social, as duas iam fazer trabalhos internos dentro da sala de aula. Faziam um trabalho maravilhoso, tinham uma ligação próxima. E muitas vezes elas atendiam dependendo da situação...nós fazíamos o JR o CNV (comunicação não violenta). Oh! Pai, nós vamos fazer uma comunicação aqui e eu vou convidar umas pessoas para gente. E aí eu convidava o CRAS, a assistente social, a psicóloga e elas iam também e fazíamos uma interação ali com os casos. Então, isso que estava melhorando alguns casos, zerou de novo. Zerou quando o CRAS fechou. O CRAS Norte fechou. E não tem né! As pessoas que trabalhavam ali não puderam mais... Mas eu acho que agora vai voltar a funcionar novamente.” (relato do grupo)

A interlocução entre a escola, conselho tutelar e CRAS é geralmente realizado via telefone, não havendo um contato mais próximo, as escolas acionam o conselho quando não conseguem mais intervir nos casos e o contato com os CRAS é restrito, em função do funcionamento destas políticas.

O fluxo de rede mencionado no grupo, mostra que ele se configura através da rede de favorecimento, onde não existe um contato com o serviço instituído e sim através da relação de beneficiamento pessoal, no qual alguns casos são possíveis de serem resolvidos em função da rede de contatos pessoais dos profissionais.

“...eu faço por telefone e eu pessoalmente vou no Conselho. Quando necessário eu vou... agora a pouco, não faz muito que teve a festa da família lá na escola... veio uma menina representante do CRAS e entregou um folder, ficou numa sala responsável, a gente falou da oportunidade de passar lá e se informar com ela. Ela entregou os folders...por telefone também...mas o conselho tutelar é quem dá mais suporte. Quando precisa ser chamado, acionado nos casos em que precisa, eu vejo que a escola está caminhando por esse caminho. Nos casos de FICAI, de vulnerabilidade, no caso de conselho.” (relato do grupo)

5.4 RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE A ESCOLA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A relação que se estabelece entre a escola e a rede de atenção psicossocial, incluindo ambulatorio de saúde mental e o CAPSi, segundo a visão dos educadores é uma relação inexistente. Não é estabelecida uma interlocução entre estes sujeitos, o que para as educadoras limita as intervenções que a escola poderia desenvolver junto ao aluno.

O grupo afirma que quando a escola é solicitada a enviar um parecer isso ocorre, todavia quando a escola se coloca no papel de solicitante este relatório dificilmente é enviado e que em muitos casos os profissionais da saúde não se interessam em buscar este contato para compreender como é a criança dentro do contexto escolar.

“...não tem contato...a gente saber o que estava acontecendo, como estava o atendimento ou através do profissional ou alguma troca com o profissional, não tem nenhuma...no meu caso eu mando um relatório pedindo, vamos dizer que o profissional mande uma avaliação. Como é que está esse menino? Para colocar a par na escola. Dar um retorno de como ele está sendo atendido, como é que está o atendimento...os outros profissionais não mandam nada.... É! A gente tem meio que implorar algum retorno.... Não, nem implorando. Eu nunca recebi nada...às vezes a escola não tem nem como comprovar que foi encaminhado.... Raramente o especialista, o médico pede o parecer da escola ou queira saber como é que é o aluno na escola.” (relato do grupo)

Alguns atribuem essa falta de comunicação em função da grande demanda dos serviços, os quais não dão conta das suas funções e do retorno necessário à escola. E salientam da importância de obterem respostas e terem uma boa comunicação para também poderem estabelecer a direção do atendimento e condutas a serem adotadas no ambiente escolar.

“...eu quando mando o encaminhamento sempre peço o retorno, mando e-mail, mando o número de telefone, mas eu nunca consegui retorno nenhum...eu acredito que seja devido a demanda muito grande de casos que recebem e não dão conta...fazer contato

com todo mundo e dar a devolução de todos os casos...para a gente seria muito importante, ter o retorno.” (relato do grupo)

Quando referem ao atendimento particular, descrevem total comprometimento do médico, o qual encaminha o retorno com diagnóstico e evolução do caso, mas ao se falar em Saúde Pública as educadoras são taxativas quanto à falta de comunicação e acesso ao plano terapêutico da criança ou adolescente.

“...o médico sempre manda o diagnóstico, se foi dado medicação, se não foi, o que foi feito a evolução. E na parte de neuro, assim, quando ele já está recebendo o atendimento neurológico, ele está em atendimento profissional aí existe o retorno...quando é em atendimento particular, sim...em atendimento particular o médico, os psicólogos dão o retorno. Ou quando os casos têm convênio ou levam em médicos, psicopedagogos ou psicólogos de convênio, aí vem o retorno por escrito. Agora, de público, não.” (relato do grupo)

Percebemos com a fala das educadoras que há um cuidado no encaminhamento realizado por elas, respeitando aspectos éticos e limites profissionais da sua prática e que por estes motivos a devolutiva dos serviços de atenção psicossocial deveria dar respaldo para que elas pudessem estabelecer condutas, pois não são capacitadas para realizarem diagnósticos e quando há um retorno se dizem muito surpresas, já que não é algo instituído.

“...geralmente quando a gente solicita um encaminhamento, a gente faz um parecer do aluno, junto com a professora, bem detalhado. Como é o aluno em sala de aula, com toda a visão, não só a pedagógica, mas coloca a comportamental também...e até a suspeita do que a gente acha...a gente vai até aonde dá para a gente ir. Quase na beira do precipício...a gente não pode colocar nada que nos comprometa. Então enviamos. Só que não tem retorno depois...falar diretamente da suspeita do que a gente acha...tem espectro autista. A gente não deixa claro, a gente pode dizer as características que levam a crer que tem aquilo ali, mas não dizer assim: Tem transtorno de espectro autista...a gente não fala nada disso...tem estereotípias, tem comportamento isso, tem aquilo. A gente diz todas as características que nos levam a crer que poderia ter aquele diagnóstico. Agora, quem vai fechar o diagnóstico é uma equipe ou o médico mais o psicólogo, mais os outros profissionais que vão avaliar. Tem isso tem aquilo...se é problema fonoaudiológico a gente coloca como é que é o problema...mas eu assim, como educadora especial não posso dizer que ele tem...gostaria de uma avaliação fonoaudiológica, da necessidade ou não do atendimento. Agora, ele é o profissional...avaliação de um possível atendimento se for o caso...se for uma suspeita...é um caso mais a nível psicológico também a gente coloca aonde é essa suspeita. Mas quem vai dar a avaliação realmente é o profissional...alguns casos até nos surpreendem quando dão um retorno.” (relato do grupo)

Nota-se que há uma diferença significativa na evolução do caso quando se constrói uma rede que favorece a discussão e as intervenções. As educadoras descrevem que a partir deste

contato é possível trabalhar sabendo o que se está fazendo com o aluno, dando possibilidades para a escola realizar um trabalho efetivo.

Entretanto é possível perceber que mesmo tendo o diagnóstico e a medicalização do aluno há uma crítica quanto às avaliações e intervenções que são realizadas.

...tu trabalha mais sabendo no que tu tá fazendo, porque tu tem um diagnóstico fechado, tu sabe o que realmente é aquilo ali, ele foi avaliado por psicólogo e o psicólogo realmente chegou a conclusão disso, ou ele foi avaliado e tá sendo acompanhado por um psicopedagogo! Então, ou fechou com o que realmente eu suspeitava, ou não, não é nada disso, o caminho é outro. Tu ficas mais firme naquilo que tu está fazendo...em alguns casos que realmente o aluno é medicado ou precisa do acompanhamento do psiquiatra ou do neuro, às vezes tem os dois! E acho também que o aluno que toma medicação com psiquiatra deveria ter o apoio da psicoterapia junto, com psicólogo e geralmente não tem...só dá a receita...e aí fica complicado. E muitas vezes a gente observa e o professor chega para mim e diz assim: eu estou observando que hoje ele não tomou a medicação direito ou está acontecendo alguma coisa. Por que é visível na sala de aula o reflexo quando o aluno está sendo medicado corretamente e acompanhando a medicação ou alguma coisa aconteceu...Ou quando toma demais e dorme.” (relato do grupo)

No que diz respeito ao retorno específico do médico psiquiatra do serviço público, o grupo no geral, descreve a inexistência de uma conversa, um diálogo com a escola. E julgam este contato importante para poderem se utilizar das informações diagnósticas e da dosagem da medicação, pois com essas informações é possível identificar alterações no aluno dentro do ambiente escolar e da sala de aula.

“...tem outro médico que não manda o retorno, ele manda as receitas dos remédios...só receita, então a gente tira cópia da receita, porque a gente não fica com a receita e faz o xerox e às vezes tem diagnóstico...como se a gente soubesse de alguma coisa...e a escola fica com a receita, faz alguma coisa? Ou ele diz, tomando tal medicação, uso continuo...” (relato do grupo)

Mencionam que em atendimentos particulares a relação é outra, acontece de forma diferenciada, os profissionais privados se disponibilizam para o diálogo, orientam quanto ao uso da medicação e dos possíveis efeitos da mesma.

“...o médico quando receitou a Ritalina, primeiro ele passou por dois neuro. Fez a avaliação, a entrevista, as pessoas que atendiam ele, com psicólogo e tudo mais, família, questionários e tudo, daí foi indicado a Ritalina e o médico explicou...se não for o caso de Ritalina não vai fazer efeito. Não vai mudar o comportamento dele. Não vai alterar em nada. Então a gente fica mais confiante, né! Para fazer o tratamento.” (relato do grupo)

6 DISCUSSÃO

Para compreendermos que as questões da escola estão relacionadas à saúde, precisamos retomar alguns conceitos, esclarecendo o que consideramos por saúde e escola. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010c), atualmente estamos construindo um modelo de atenção à saúde que prioriza ações de melhoria na qualidade de vida. A saúde é compreendida como um bem-estar que não está associado somente à ausência de doenças. Esse entendimento de saúde valoriza o sujeito como protagonista de suas ações, como agente transformador, sendo observados e contextualizados seus problemas e necessidades, mas não como o único responsável por seu processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Existe, assim, uma perspectiva de abordar a temática saúde sem a lógica individualizante e fragmentada.

Em relação à crescente biologização do comportamento infantil, vários estudos vêm evidenciando que tanto os profissionais da saúde como da educação referem-se a problemas biológicos como causas determinantes do não aprender na escola (COLLARES & MOYSÉS, 1996). Colocando o foco diretamente na agitação psicomotora e na irritabilidade do aluno, descrito como Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como os principais temas a serem discutidos.

Quanto ao TDAH desde o início do século há registros de pesquisas com crianças agressivas com dificuldades de controlar seus impulsos. A partir da década de 1970, é que o interesse por este transtorno vem aumentar. E na década de 1990 ele passa a ser o maior motivo de encaminhamento médico e psicológico. (EIDT E TULESKI, 2007).

Segundo a Associação brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) o TDAH é definido como um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Tendo como característica essencial, segundo o manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-IV), um padrão persistente de desatenção e ou hiperatividade, mais severo do que aqueles manifestados por indivíduos no mesmo nível de desenvolvimento.

O discurso que faz uma ponte entre o não aprender ou não se comportar de forma adequada, dentro dos padrões normais e os problemas neurológicos é algo que se apresenta cada vez mais no contexto escolar, no seu cotidiano e nos serviços de atendimento a crianças e adolescentes. Isto faz com que o aumento do número de encaminhamentos por queixas escolares seja crescente nos dias atuais. Fazendo com que dificuldades escolares se tornem transtornos neurológicos e cognitivos.

Não é novidade, segundo Guarido (2007), o fato de que o campo educativo esteja invadido pelos discursos técnicos. A cientificização dos discursos sobre a criança desde o início do século XX contribuiu não somente para a construção de um discurso pedagógico normalizador, mas também para a validação de um saber sobre a criança no campo das especialidades: psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, psiquiatria, etc. Os encaminhamentos para especialistas feitos pelas equipes escolares e a psicologização do ensino têm sido bastante discutidos por diversos autores, tais como Collares e Moysés, Illich, Guarido e Patto.

Cabe compreendermos como as escolas estão trabalhando com essas questões e de que forma isto repercute na rotina do sujeito e das famílias envolvidas neste processo. A normatização das condutas dos educadores para com os alunos, com a qual nos deparamos, diz de um professor que espera encontrar na sala de aula alunos padronizados, capazes de seguir regras e comportamentos padrões das instituições.

Neste sentido, romper com o discurso patologizante do aluno e aprender a compreender a origem de seus sintomas, buscando no contexto social, familiar o que pode estar causando a agitação, irritabilidade, desinteresse do aluno é uma direção significativa para modificar paradigmas.

Foucault (1988a) já mencionava a mudança na importância política dos indivíduos enquanto simples corpos vivos, onde considerava a explosão de técnicas diversas e numerosas para a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abrindo-se assim a era do que chamou de Biopoder. Sendo assim, o poder disciplinar inicia uma série de movimentos visando o cuidado e a proteção da vida da população.

Tesser (2010) faz uma referência ao desenvolvimento da tecnologia biomédica individual, onde evidencia uma fragilidade teórica na informação aos indivíduos sobre os riscos e estatísticas populacionais e que esta fragilidade acaba sendo aceita pela medicina e a saúde pública, o que significou uma medicalização, para além da medicalização já presente. Com isso, afirma que a medicalização tem tudo a ver com a saúde coletiva, com o SUS, a gestão e os serviços, a produção de demanda, práticas do cuidado, a integralidade e a promoção de saúde.

Ainda para este autor, é evidente que cada vez mais as situações e sintomas cotidianos, problemas, sofrimentos e experiências, que anteriormente eram administradas por nós mesmos, está diminuindo. Questões simples estão sendo transformadas em questões de saúde.

Guarido (2007) menciona que não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois em muitos casos eles são importantes e possuem efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da

loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, os sofrimentos e culpa os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si. Trata-se também de encontrar na Educação uma possibilidade de não sujeição ao discurso psiquiátrico, possibilitando que as crianças fiquem livres dos prognósticos médicos.

Sabemos que não é possível a realização de atividades pedagógicas sem a disciplina, mas é importante pensarmos que ela deve estar a serviço da socialização das crianças e adolescentes, dando possibilidades para a construção de um pensamento crítico.

Ilich (1981 apud TESSER 2010) mostrou que alguns problemas e transformações de ordem social e cultural da medicalização da vida e da sociedade potencializam consequências vitais, sociais, culturais e políticas. Referindo-se ao fato de caso haja uma perda do potencial, da competência e da segurança cultural para podermos enfrentar, individual e socialmente, nossas frustrações, tristezas, adoecimento, fases e crises da vida, nos tornarmos mais frágeis e mais dependentes de especialistas.

Isto não é diferente ao falarmos da percepção dos professores diante das demandas dos alunos em sala de aula. A educação está potencializando o uso da medicação, o que inevitavelmente reflete no processo de patologização dos problemas educacionais. Assim, a escola acaba não cumprindo seu papel de socialização do saber e produz problemas que serão tratados como demandas da saúde em diferentes dispositivos da rede de atenção a criança e ao adolescente.

A partir da necessidade de se discutir a saúde e seus determinantes sociais, é importante olhar para os determinantes sociais sobre a educação, saúde, bem-estar e a inclusão de alunos e professores para uma possível mudança na realidade promovendo a participação da escola na comunidade. A escola deve ser inserida nestes contextos para valorizar aquilo que é externo, que vai além dos muros.

Para Onocko Campos (2010), atualmente desponta nos serviços públicos uma demanda emergente de crianças e adolescentes que são apontados como problemáticos. Geralmente encaminhados pelos pais, escola, conselho tutelar, vizinhos, dentre outros locais da sociedade organizada.

Conforme a autora inúmeros casos de crianças e adolescentes, que são atendidos em serviços públicos de saúde, vêm a confirmar o que ela nomeia como a “falência ou claudicação” das funções materna e paterna, o que resulta em transtornos graves, problemas com drogas ou delinquência. E este aspecto pode ser observado no relato das educadoras, ao falarem das confusões estabelecidas entre o que é da ordem neurológica e aquilo que diz do contexto familiar e da vulnerabilidade em que os alunos estão inseridos. Porém, também traz à tona os

efeitos das intervenções realizadas pelas escolas, que provocam um esvaziamento e desautorizam essas funções.

A questão da vulnerabilidade social e do contexto familiar surge no discurso das educadoras como ponto importante de discussão e reflexão, no sentido de compreender o que está inserido neste campo e como a escola pode intervir. Nessa perspectiva, é fundamental entender que a busca da superação do fracasso escolar se articula a processos mais amplos do que apenas a dinâmica intra-escolar. Existe um conjunto de variáveis, intra e extra-escolares, que intervêm no processo de produção do fracasso escolar, desde condições econômicas (desigualdades sociais, concentração de rendas, etc.), culturais dos alunos e sua desarmonia com a lógica de organização, cultura e gestão da escola (perspectiva institucional) até as dinâmicas e práticas pedagógicas utilizadas, em que se estruturam os processos ensino-aprendizagem. Assim, é necessário compreender que o processo ensino-aprendizagem é mediado pelo contexto sociocultural, pelas condições em que se efetivam a aprendizagem e o desenvolvimento, pelos processos organizacionais e, conseqüentemente, pela dinâmica em que se constrói o projeto político-pedagógico (BRASIL, 2005b).

A confusão estabelecida entre o que é da ordem biológica e a abordagem dos fenômenos humanos e sociais se destacam na fala do grupo focal. Educadores não se sentem capacitados para identificar essas diferenças e creditam à medicalização uma solução viável para o problema. Moysés (2008) já destacava que o campo da medicina ocidental produz um modelo de olhar clínico que silencia o corpo do outro, por olhar, classificar e diagnosticar de um modo que conforma, determina, normatiza e institucionaliza. E com base nesse modelo clínico, a lógica medicalizante provoca a transformação de fenômenos sociais, culturais e históricos em questões médicas ou biológicas, com análise isolada e reducionista dos fatores que interferem na constituição humana. Contribuindo com a produção de patologias de diferentes naturezas, e no aumento da medicalização na educação.

Se, por um lado, os profissionais da Educação se veem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro lado, ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos.

Na medida em que as mudanças sociais, os processos de descentralização e as ferramentas de gestão educativa consigam adequar-se em torno de um eixo educativo e político, as escolas poderão ser um ponto de encontro entre as famílias, suas necessidades, as redes de serviços e os recursos existentes na comunidade. O que cabe questionarmos é em que medida

essa integralidade pode ser planejada e construída, considerando que, se a responsabilidade da escola pela saúde é importante, a sua contribuição para a promoção da saúde deveria se dar dentro do seu papel específico, que é o ensino. A simples acumulação de necessidades e serviços transforma as escolas num repertório de programas assistencialistas, que desvirtua sua missão e acaba por afetar as possibilidades de ensino-aprendizagem, especialmente nas escolas localizadas em comunidades populares, mais vulneráveis, onde justamente é mais necessário conseguir bons resultados educativos.

A percepção de criança que é trazida pelo educador não permite que ele a veja como um ser individualizado e atravessado historicamente, o que acaba resultando em um discurso que se refere a um sujeito infantil universal, que segue uma forma padronizada e obedece às características biológicas próprias da sua idade.

Collares e Moysés (1996) creditam ao processo de medicalização na educação um papel duplamente perverso, onde por um lado rotulam crianças normais como crianças doentes e, por outro lado, este discurso ocupa tamanha intensidade enquanto propostas, preocupações, que acaba deslocando desse lugar aqueles que realmente deveriam estar ocupando. Ademais, a medicalização da aprendizagem encoberta os determinantes políticos e pedagógicos do fracasso escolar e isentam responsabilidades do sistema social vigente e a instituição escolar que nele está inserida. Ou seja, as limitações institucionais, sociais e políticas ficam limitadas a supostas doenças individuais.

Cabe aqui refletir sobre o posicionamento das escolas quando colocam o aluno ou a família como principal foco na responsabilização dos problemas manifestados dentro da sala de aula. Professores e educadores apontam para esses sujeitos na intenção de retirar a sua parcela de reponsabilidade diante do fracasso escolar. Ao não encontrarem alternativas para a mudança dentro do ambiente escolar, não encontrando suporte em políticas claras, encontra suporte na lógica medicalizante à medida que dificuldades decorrentes do processo de ensino-aprendizagem, fortalecido pelas funções pedagógicas ultrapassadas, são confundidas com transtornos mentais, aliviando o mal-estar de famílias e profissionais da educação.

A educação infantil, com a intenção de alfabetizar, está se transformando em um ambiente disciplinador, que não autoriza a livre criação, ao desenvolvimento criativo e comunicativo. Através dessa prática, os educadores estão confusos com relação ao que é normal e patológico. Sabemos que não é possível a realização de atividades pedagógicas sem a disciplina, mas é importante pensarmos que ela deve estar a serviço da socialização das crianças e adolescentes, dando possibilidades para a construção de um pensamento crítico. Os educadores não possuem uma compreensão de criança criativa ativa, produtora de seus desejos,

autônoma e com direito de expressar seus sentimentos e pensamentos. Assim, produzem transtornos e patologias diante da manifestação de indisciplina e agitação dos alunos.

Deste modo, os conceitos aplicados nas escolas, muitas vezes, são desmistificados pelo profissional da saúde durante avaliação com a criança quando se dá prioridade para a compreensão do contexto em que está inserida (PEREIRA, 2009). Sendo, possível verificar que os encaminhamentos ocorrem por uma necessidade de critérios diagnósticos ao invés da destinação da devida atenção sobre as manifestações psíquicas que podem estar causando conflitos de ordem pessoal, ambiental ou familiar.

Faz-se necessário o cuidado em não cair na armadilha de automaticamente recorrer a teorias a fim de fornecer uma explicação, sem observar e compreender a criança, ignorando assim, sua subjetividade, pois a concepção medicalizante parece gerar, não por acaso, explicações que além de justificadoras de um sistema econômico perverso, isentam o Estado da responsabilidade de efetivar condições de ensino nas instituições escolares, assim como isentam professores e pedagogos da responsabilidade sobre a aprendizagem desses alunos, uma vez que, transformados em problemas médicos, passam a ser de responsabilidade da equipe de saúde (BASSANI,2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo foi possível identificar as reais concepções e motivações dos atores que estão inseridos diretamente e indiretamente no âmbito da saúde mental, através da visão de professores e educadores especiais acerca dos processos que estimulam a medicalização na infância no contexto educacional infantil.

A constatação do crescente processo sobre a medicalização da educação é algo que vai além da modificação do olhar e do cuidado do professor frente ao aluno. Torna-se imprescindível a construção de uma população mais crítica e mais empoderada, com capacidade de se informar, julgar e optar pelo que considera adequado a sua realidade. A escola precisa compreender que o aluno é um sujeito inserido em um contexto biopsicossocial e que sofre atravessamentos das mais diversas ordens.

A medicalização desvela uma fragilidade nas relações entre saúde e educação, assim como traz à tona uma rede de atenção à infância que não consegue se instituir como fluxos de trabalho. A visão de um trabalho ampliado e compartilhado ainda se mostra amarrado a muitas dificuldades e limitações.

Sendo assim, a medicalização constitui-se como um desdobramento do processo de patologização dos problemas educacionais, que servem como reforçadores para essas amarras dos serviços públicos.

Conforme apontado por Tesser (2010), o processo de medicalização social clama por um movimento tanto da ordem social como política quanto profissional e ético. Cita que essas questões se tornam um desafio tanto para os profissionais como para os gestores que atuam no serviço público, cujo trabalho opera sobre o ambiente e contexto ao qual estão inseridos. Contexto este que pode induzir ou não as práticas de medicalização.

Fomentar a discussão e, principalmente, a forma como questões vitais do desenvolvimento infantil estão sendo tratadas na educação, pensando numa reconstrução de práticas pedagógicas e da interlocução com a saúde e outros pontos da rede para o fortalecimento de estratégias políticas eficazes, faz-se urgente que se pense sobre os efeitos e intervenções dos serviços públicos. A óptica fragmentada do cuidado, aliada aos encaminhamentos, reforça esse modelo, favorecendo a “desresponsabilização” em detrimento da corresponsabilização.

As escolas ao buscarem a padronização do comportamento do aluno em sala de aula têm na medicalização um papel de controlar e subverter os sujeitos, destituindo-os de desenvolvimento normal, transformando crianças em portadoras de distúrbios de comportamento e de aprendizagem. O problema não nasce na escola, apenas manifesta-se nela questões de cunho econômico e social.

No relato do grupo focal fica evidente que as escolas estão despreparadas para lidarem com a diversidade dos indivíduos e na tentativa de se isentar de seu papel, buscam uma solução imediata, creditam ao diagnóstico médico psiquiatra e na medicalização a solução para o insucesso de sua prática pedagógica.

O discurso atual está atribuindo a responsabilidade do processo de ensino-aprendizagem à criança que aprende e não ao adulto que ensina. O mérito da criança que aprende é atribuído ao educador, mas quando nos referimos ao aluno com dificuldades, muitas vezes, o insucesso é atribuído as suas questões sociais, familiares, econômicas e culturais, e cada vez mais aos aspectos biológicos, levando a medicalização.

Portanto, através dos resultados do presente estudo foi possível inferir que o atual processo de medicalização na educação e no âmbito da saúde vem provocando um movimento político e social visando seu redirecionamento, sendo este um desafio para os serviços públicos, gestores do SUS e profissionais da saúde e educação, debatendo sobre o fracasso escolar para

além do discurso totalizante, tomado por uma interpretação medicalizante do processo de aprendizagem da criança.

Assim, pensar a escola como lugar que respeita as diferenças, busca estratégias de ensino e aprendizagem através do coletivo, de elos com a rede de atenção a criança e ao adolescente, buscando contextos diversificados, é uma forma de ir além do que está estabelecido, tornando esse processo possível de mudanças e novos conceitos.

A partir dos resultados obtidos espera-se criar condições para a discussão de políticas públicas voltadas ao enfrentamento desenfreado da medicalização das crianças. Sendo capaz de promover uma visão crítica em relação aos processos pedagógicos e voltar o olhar à prevenção dos aspectos considerados como sintomas de transtornos da aprendizagem, através de processos que levem a uma melhor formação de professores, profissionais da saúde que lidem direta e indiretamente com encaminhamentos e diagnósticos das crianças.

A inversão do modelo hegemônico da psiquiatria predominante nesse cenário depende muito dos trabalhadores e gestores que atuam na Saúde Pública, a fim de pensar a lógica da medicalização de forma mais consciente e responsável, evitando decisões imediatas e consequentemente encaminhamentos desnecessários formadores de diagnósticos. O trabalho em rede pode passar a ser entendido como uma nova possibilidade de diálogo entre escola, aluno, família e Sistema de Saúde possibilitando novos modelos de intervenção terapêutica e não apenas a reprodução de sintomatologias e consequente medicalização.

REFERÊNCIAS

- ADESM, Agência de Desenvolvimento de Santa Maria. **Plano Estratégico de Desenvolvimento de Santa Maria “A Santa Maria que Queremos”**. Editora Pallotti, Santa Maria – RS, (2013): p.24.
- ARRUÉ, A. M., et al. **“Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em Centro de Atenção Psicossocial.”** Ver. Enfer.UFSM 3.2 (2013): p.227-237.
- BASSANI, E; BLEIDÃO, M.S. **A medicalização do “fracasso escolar” em escolas públicas municipais de ensino fundamental de vitória-es.** 37ª Reunião Nacional da ANPEd – 04 a 08 de outubro de 2015, UFSC – Florianópolis
- BERNARDES, A. **Potências no campo da saúde: o cuidado como potência ética, política e estética.** In: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.36, p.175-190, jan./jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Declarações das conferências de promoção da saúde.** Brasília, 2001a.
- _____. Ministério da Educação. **Elaboração de políticas e estratégias para a prevenção do fracasso escolar – Documento Regional Fracasso escolar no Brasil: Políticas, programas e estratégias de prevenção ao fracasso escola.** Brasília: Ministério da Educação, 2005b.
- _____. Ministério da Educação. **Agenda Educação e Saúde: Programa Saúde na Escola.** Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação, 2010c.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília – DF, Seção 1, p. 1-59, 13 de junho de 2013d.
- CAMPOS, R.O. **Psicanálise e Saúde Coletiva – Interfaces –** Editora Hucitec, São Paulo, 2010.
- CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias.** Ver Saúde Pública, v.30, n.3, p.285-93, 1996.
- COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** São Paulo: Cortez/Unicamp. 1996.
- CRASOVES, M.L.R., **O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade – Instituição– sociedade.** Revista de Saúde Mental Coletiva, Bagé– RS, ano II, n.2, p. 47-50, 2005.
- DSM-IV-TRTM - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002.
- EIDT, N. M.; TULESKI, S. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural.** Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 139, p.121-146, jan./abr. 2010.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988 a.

_____. 1979. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2008b.

FREIRE, P.& ILLICH, Ivan. **Diálogo**. In: Seminário Invitación A Concientizar y Desescolarizar: Conversación permanente, Genebra, 1974. Atas. Buenos Aires, BúsquedaCeladec, 1975.

Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (2001). **Situação da infância Brasileira: desenvolvimento infantil – os primeiros seis anos de vida**. Brasília, DF: UNICEF. Recuperado em 15 de março, 2014, de <http://www.unicef.org/brazil/pt/>

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método II**. Petrópolis: Vozes, 1999a.

_____. **Verdade e método**. Tradução de Flávio Paulo Meurer (revisão da tradução de Enio Paulo Giachini). 7. Ed. Petrópolis: Vozes, (Coleção pensamento humano). Bragança Paulista: EDUSF, 2005b.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012

GONDIM, S.M.G. **Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa :Desafios Metodológicos**. Revista Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação. V.12, n.24, pp.149-161, 2002.

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

IERVOLINO, S.A; PELICIONE, M.C; **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde**. Ver. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 35, p. 115-21, 2001.

ILLICH. I. 1981. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981. In: TESSER, C.D. **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. Editora: HUCITEC, ed. 1, São Paulo, 2010.

JERUSALINSKY; Julieta. **A era da palmatória química: responsabilidade social e medicalização da infância**. Estadão, 07 de Agosto de 2014.

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro: psicanálise e educação**. São Paulo: Escuta, 2001.

KIND, L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais**. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-36, 2004.

MACHADO, A. M. **Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias**. Tanamachi, E. R.; Rocha, M. L.; Proença M. P. R. (Orgs.). Psicologia e Educação: desafios teórico práticos (pp. 143:167). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MAZZOTTI, A. J. A. **Fracasso Escolar**: representações de professores e de alunosrepetentes. Anais da 26ª Reunião Anual da ANPEd (pp.1-17). Poços de Caldas: local onde foi realizado o encontro, 2003.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 2004

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. 1. Reimpressão, edição revista ampliada. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2008.

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

Organização Mundial da Saúde. **Salude mental: nuevos concimientos, nuevas esperanzas**. Informe sobre lasaludenel mundo Ginebra: OMS, 2001.

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA MARIA. **Plano de saúde mental**. Santa Maria: SMS, 2003.

TESSER, C.D. **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. Editora: HUCITEC, ed. 1, São Paulo, 2010.

WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista**. São Paulo, 1992. (Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo).

ZAMBENEDETTI, G; PERRONE, CM. **O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica**. Physis vol.18 no.2 Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICES

APENDICE A

FOLHA DE PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

População-alvo: _____

Data: ____/____/____

Local: _____

Facilitador: _____

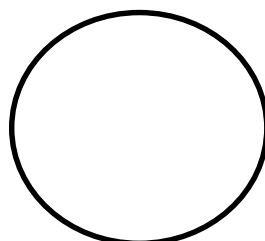
Anotador(es): _____

Horário de início: ____/____

Horário de Término: ____/____

	NOME
<i>1</i>	
<i>2</i>	
<i>3</i>	
<i>4</i>	
<i>5</i>	
<i>6</i>	

DISPOSIÇÃO DO GRUPO



APÊNDICE B – ROTEIRO DE TÓPICOS PARA GRUPO FOCAL COM PROFESSORES

TÓPICOS DISPARADORES

1. O que vocês pensam quando falamos de medicalização da infância? O que leva a escola a encaminhar as crianças para avaliação psiquiátrica?
2. Quando falamos em desenvolvimento infantil normal e patológico, qual a compreensão que vocês têm sobre isto? Relatem algum caso em que a escola observou como sendo patológico?
3. Relate, a partir da experiência de vocês, casos em que a escola observou a necessidade da intervenção medicamentosa e como se chegou a essa conclusão. Quais os encaminhamentos realizados? Quais os pontos da rede que vocês acessaram?
4. Qual a relação estabelecida entre a escola e a rede de atenção psicossocial? Como ocorre a interlocução entre estes pontos?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que lava a medicalização na infância.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Ana Luiza Ferrer

Residentes Pesquisadoras: Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Telefone e endereço: (55) 3220.9584, (55) 32209678. Campus UFSM, Prédio 26, 3ºAndar, Sala 1356, localizado na Avenida Roraima, nº 1000, km 3, 97105-970.

Local da coleta de dados: Com sujeitos e/ou familiares acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, que passarem pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

Eu Profa Dra Ana Luiza Ferrer, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DE SANTA MARIA SOBRE PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA** o convido a participar como voluntário deste nosso estudo, tendo como pesquisadoras Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques, residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no sistema público de saúde, sob minha orientação que tem como objetivos: Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos que passaram por internação hospitalar psiquiátrica; Entender a percepção dos profissionais no âmbito do Judiciário, Juízes e Promotores de Justiça da Vara de Infância e Adolescência e Ministério Público, a respeito da medicalização na infância de crianças acompanhadas no CAPSi; Compreender a percepção dos professores que atuam na educação infantil pública, quanto ao processo da medicalização na educação de crianças, acompanhadas no CAPSi.

O estudo justifica-se pelo aumento do número de crianças encaminhadas e/ou que se encontram em tratamento medicamentoso no CAPSi, pela necessidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetoriais nos territórios e necessidade da construção de um novo modelo de Saúde mental a partir do uso de psicofármacos. Tendo como objetivo compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Será realizada uma pesquisa de campo, baseada no método da hermenêutica, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevistas individuais para a construção de narrativas para uma análise posterior. Sua participação neste estudo consistirá em responder as perguntas das pesquisadoras acerca dos objetivos supracitados. Suas informações serão gravadas em um gravador digital, para que seja possível lhe dar mais atenção, não precisando anotar. Mas se você preferir, ele não será utilizado. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, poderá ocorrer mobilização emocional, por lembrar fatos do seu cotidiano e da sua vivência. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a situação será minimizada. As pesquisadoras também poderão orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

Os benefícios que esperamos com o estudo é que ele irá colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde relacionados à Saúde Mental Infantil e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores pelos telefones

(55) 3220.9584, (55) 32209678 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita. A sua participação não acarretará em ônus ou gratificação financeira. Você tem total garantia de plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Em relação à devolução dos dados, o compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados ocorrerão por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, será realizada uma devolução dos resultados da pesquisa para os participantes por meio de um encontro coletivo ou individual, o qual corresponde ao segundo objetivo proposto pela pesquisa, combinado previamente com você.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Data

Profª Drª Ana Luiza Ferrer
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores pelos telefones (55) 3220.9584, (55) 32209678 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE
MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Título do projeto: Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que leva a medicalização na infância.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Ana Luiza Ferrer

Residentes Pesquisadoras: Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Telefone: (55) 3220.9584, (55) 32209678

Coleta de dados: sujeitos e/ou familiares acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de entrevista individual e de grupo focal, após serão devolvidos por meio de um encontro coletivo ou individual com os participantes. Para tanto, será utilizada uma sala previamente agendada em local acordado com os participantes da pesquisa. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Professora Dra Ana Luiza Ferrer, na Sala de professores e técnicos em educação, andar térreo do prédio 26 C. Armário da Profa. Ana Luiza Ferrer, localizada na Avenida Roraima, nº 1000, km 3. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., sob o número.....

Santa Maria, junho de 2015.

Prof^a Dr^a Ana Luiza Ferrer
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

ANEXO D – OFÍCIO AO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)

Sr. Rodrigo Silva Jardim
Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS
Santa Maria/RS

Assunto: Realização de Pesquisa.
Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, dirijo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa referente ao serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência do município de Santa Maria/RS, que dará origem ao trabalho de conclusão de pós-graduação, o qual faz parte das exigências da Coordenadora do curso de Pós- Graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental em Sistema Público de Saúde, do qual somos alunas pós-graduandas.

O objetivo geral é compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de Santa Maria/RS. A relevância do estudo está no fato do mesmo poder constituir-se em subsídio para os profissionais do serviço de saúde no conhecimento da realidade epidemiológica do território, da avaliação das práticas realizadas e possibilidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetorias.

A abordagem do estudo será uma pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevista individual para a construção de narrativas para uma análise posterior.

Como pesquisadora, assumo o compromisso de, tão logo a pesquisa esteja concluída, retornar os resultados para os participantes e para os gestores municipais.

As atividades acima referidas de coleta de dados serão desenvolvidas no ano de 2015, com início provável para o mês de junho e término em agosto de 2015.

Na certeza do deferimento desse pedido,

Atenciosamente

Prof^a Dr^a Ana Luiza Ferrer
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA ADOLESCÊNCIA- CAPSi

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado **Medicalização da vida: A compreensão da rede de Saúde Mental Infantil de Santa Maria sobre o processo que leva a medicalização na infância**, de autoria das residentes, Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz, Nadianna Rosa Marques, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer, poderá ser desenvolvido junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência- CAPSi "O Equilibrista", mediante aprovação do comitê de Ética e pesquisa com Seres Humanos – CEP da UFSM.

A pesquisa tem por objetivos **Compreender a percepção dos usuários acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos e/ou familiares que passaram por internação hospitalar psiquiátrica**, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública a respeito do processo de medicalização de crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi;

Os participantes do estudo serão os sujeitos acompanhados pelo CAPSi que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública. A coleta de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas as quais serão gravadas em áudio.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

O retorno dos dados coletados será oportunizado em encontros coletivos ou individuais, dependendo de sua disponibilidade, e combinados previamente.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora e pelas residentes, através dos contatos: (55) 3220.9584, (55) 32209678

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, maio de 2015.

Marta Lisandra Machado
Coordenadora do CAPSi- "O Equilibrista"

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA EDUCAÇÃO**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICIPIO DA EDUCAÇÃO**

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado **Medicalização da vida: A compreensão da rede de Saúde Mental Infantil de Santa Maria sobre o processo que leva a medicalização na infância**, de autoria das residentes, Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz, Nadianna Rosa Marques, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer, poderá ser desenvolvido junto a Secretaria de Município da Educação, mediante aprovação do comitê de Ética e pesquisa com Seres Humanos – CEP da UFSM.

A pesquisa tem por objetivos Compreender a percepção dos usuários acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos e/ou familiares que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos **professores que atuam na educação infantil pública a respeito do processo de medicalização de crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi.**

Os participantes do estudo serão os sujeitos e/ou familiares acompanhados pelo CAPSi que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública. A coleta de dados será realizada através de grupo focal, o qual será gravado em áudio.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

O retorno dos dados coletados será oportunizado em encontros coletivos ou individuais, dependendo de sua disponibilidade, e combinados previamente.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora e pelas residentes, através dos contatos: (55) 3220.9584, (55) 32209678

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, junho de 2015.

Silvana Costabeber Guerino
Secretária de Município da Educação