UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUIZ FERNANDO LOPES

Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica

São Paulo
2013

LUIZ FERNANDO LOPES

Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica

(Versão Original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Ronilda Ribeiro.

São Paulo

2013

LOPES, Luiz Fernando.

Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovado em:_____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr.:_____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.:_____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.:_____ Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha família, meus amados pais e amadas irmãs, pela importância na minha formação como ser humano e pelo inesgotável amor que flui dos seus corações, estimulando-me a seguir em frente nos caminhos imprevisíveis da vida.

À Profª. Drª. Ronilda Ribeiro, cujo papel de orientadora atenciosa e sensível se ampliou para assumir a condição de verdadeira amiga e mãe. Todas as palavras são pálidas e insuficientes para expressar o meu carinho e a minha eterna gratidão.

À Profª. Drª. Marilene Proença Rebello de Souza e à Profª. Drª. Marie Claire Sekkel, pelas sugestões apresentadas no Exame de Qualificação, pelos preciosos incentivos e, sobretudo, por exercitarem o dom raro e inestimável de acreditarem vigorosamente no ser humano.

À Profª. Drª. Mônica Cintrão, pela postura atenciosa e pela disponibilidade em me auxiliar na delicada fase de conclusão do trabalho.

À família João Carlos dos Santos Coutinho, Maria Júlia Coutinho, João Raimundo Coutinho e Zilma Sales dos Santos Coutinho, pelo acolhimento e ternura que me ofereceram desde que cheguei à cidade de São Paulo, representando para mim uma segunda família pelos laços do coração.

Aos amigos Marcos Moreira, Rosa Bernardelli, Ana Paula Navarro, Jurami Mazza, Paula Tavares Vigilato, Elaine Regina Vasconcelos e Verônica De Franco Rennó, pelo carinho e amizade genuína que demonstraram, favorecendo em muito a minha adaptação à nova cidade e tornando mais felizes os meus dias na capital paulista.

A todos os funcionários do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade; a todos os funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sem os quais não seria possível conduzir com sucesso os trâmites necessários à conclusão deste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo realizar uma análise crítica da medicalização no atendimento das queixas escolares que têm lugar na Estratégia Saúde da Família (ESF). A medicalização da sociedade é um processo que instala a partir de um saber científico comprometido com a visão utilitária da civilização industrial-capitalista, que pretende manter as classes subalternas engajadas na produção de riqueza material em benefício das classes dominantes. Esse controle é operacionalizado através do biopoder e da biopolítica, que deslocam as discussões político-sociais para o território médico, silenciando os tensionamentos provocados pelo embate de classes. Como a medicalização constitui uma invasão não autorizada do saber médico em todos os quadrantes sociais, essa infiltração lesiva também ocorre no campo educacional com a pretensão de eleger supostas patologias individuais como explicações para os denominados problemas de aprendizagem, menosprezando uma gama de fatores de ordem político-pedagógica que são mais frequentes e mais significativos nas vicissitudes da escolarização. Os profissionais comprometidos com uma educação libertadora, lastreada em uma abordagem emancipadora do sujeito, devem estar atentos aos processos de humilhação e exclusão social catalizados pela medicalização da educação. O serviço de saúde da família tem um papel preponderante no manejo dos casos de queixa escolar. Após a implantação do NASF esses casos parecem aumentar de forma exponencial nas Unidades Básicas de Saúde, segundo constatação do autor com base em sua própria experiência de trabalho. A partir do estreitamento das relações UBS-Escola tanto os profissionais de saúde quanto os educadores parecem não estar cientes das implicações da medicalização da queixa escolar, conforme se depreende da análise descritivo-reflexiva de três casos atendidos pela equipe NASF em que o autor trabalhou. Nesse contexto os psicofármacos surgem como elementos de grande poder simbólico-resolutivo no imaginário dos educadores e da população usuária dos serviços de saúde. A Psicologia Escolar e Educacional, articulada com os princípios de Humanização da Saúde, torna-se fundamental para que a interface Saúde-Educação seja orientada por uma práxis interdisciplinar destinada ao enfrentamento dos danos produzidos pela educação medicalizada, garantindo que o sistema educacional brasileiro e o SUS se mantenham radicalmente compromissados com a inclusão social.

Palavras-chave: Psicologia Escolar; Psicologia Educacional; Fracasso Escolar; Medicalização; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This research aimed at conducting a critical analysis of medicalization in attendance of school complaints that take place in the Family Health Strategy (ESF). The medicalization of society is a process that originates from a scientific knowledge committed to the utilitarian view of the industrial-capitalist civilization. This view aims at keeping the subaltern social classes engaged in the production of material wealth for the benefit of the ruling social classes. This control is operationalized through biopower and biopolitics, shifting the political and social discussions for medical territory, silencing the tensions caused by the clash of social classes. Since medicalization is an unauthorized intrusion of medical knowledge in all walks of society, this harmful infiltration also occurs in the educational field with the intention of electing individual disorders alleged as explanations for the so-called learning problems, disregarding a range of political & pedagogical factors that are more frequent and more significant in the vicissitudes of schooling. Professionals committed to a liberating education, based on the emancipatory approach of the individuals, should be alert to the processes of social exclusion and humiliation catalyzed by the medicalization of education. The health family service has an important role in the handling of cases of school complaints. After the implementation of the NASF these cases seem to have increased exponentially in Basic Health Units, according to the author's conclusion based on his own work experience. With the close relationship between UBS and the School neither health professionals nor educators seem to be aware of the implications of the medicalization of school complaints, as evident from the descriptive and reflective analysis of three cases treated by the team members at NASF, where the author worked. In this context, the psychotropics emerge as elements of great symbolic-resolutive power in the imaginary of educators and of the users of health services. The Educational and School Psychology, combined with the principles of Humanization of Health, are essential in order for the Health-Education interface be guided by an interdisciplinary praxis which aims at addressing the damage caused by the medicalized education, ensuring that the Brazilian educational system and SUS remain radically committed to social inclusion.

Keywords: School Psychology; Educational Psychology; School Failure; Medicalization; Family Health Strategy.

Sumário

APRESENTAÇÃO 8
INTRODUÇÃO 10
Objetivos 10
Referencial Teórico 11
Justificativa 11
1. MEDICALIZAÇÃO E QUEIXA ESCOLAR 14
1.1. Sociedade Medicalizada 14
1.2. A Medicalização Invade o Ambiente Escolar 23
1.3. O Impacto Social da Educação Medicalizada 34
2. SAÚDE PÚBLICA: A VISÃO BIOLOGIZANTE E A INCLUSÃO SOCIAL 41
2.1. Saúde Pública Brasileira no Século XX 41
2.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) 50
2.3. Equipes Multiprofissionais no SUS 66
3. MEDICALIZAÇÃO NA INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO 73
3.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF) 73
3.2. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 80
3.3. O NASF, a Queixa Escolar e as Demandas do Território 88
Caso 1 89
Caso 2 90
Caso 3 93
4. DISCUSSÃO 102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 110
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 112

APRESENTAÇÃO

Meu interesse em pesquisar a educação medicalizada está relacionado à minha trajetória profissional, ancorada em atividades de Educação e Saúde por mim desenvolvidas ao longo dos anos, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste serviço de saúde exerci inicialmente a função de educador em projetos de Saúde, Meio Ambiente e Qualidade de Vida, passando posteriormente a atuar como farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estabelecendo uma ponte entre o interesse de pesquisa e a experiência profissional, este trabalho focaliza questões de minha pauta de atividades no NASF/ESF.

No contexto do NASF tem ocorrido um aprimoramento contínuo dos dispositivos tecnoassistenciais utilizados no atendimento à população usuária dos Serviços de Saúde, que vem requisitando cada vez mais o apoio desta equipe multiprofissional. Uma das principais demandas tem sido o atendimento à queixa escolar, temática central deste estudo. Atendendo a tais solicitações por diversas vezes participei de intervenções interdisciplinares em parceria com psicólogos e médicos do NASF.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS´s) em que atuei estão localizadas na Zona Norte da cidade de São Paulo, mais especificamente no Bairro do Limão (UBS Vila Barbosa e UBS Santa Maria) e no Bairro da Cachoeirinha (UBS Vila Dionísia). Durante o período em que trabalhei no NASF participei de reuniões nas quais as equipes de Saúde da Família apresentavam casos de usuários com supostas dificuldades de aprendizagem escolar. Frequentemente constatávamos que a percepção das equipes de Saúde da Família em relação às queixas formuladas não traduzia a real necessidade da criança. Observei um fenômeno recorrente nos meios da Educação e da Saúde: problemas sociais e familiares tendem a ser reduzidos a questões meramente biológicas. Não raro, separações conjugais iminentes e outras formas de ruptura dos laços afetivos constituíam o pano de fundo das “dificuldades escolares” apresentadas. Outras vezes o motivo da consulta assumia características difíceis de serem manejadas por qualquer profissional de Saúde ou de Educação, por mais experientes que fossem, principalmente quando se tratava da cooptação de crianças por facções criminosas locais. Significa dizer que meninos e meninas muitas vezes consideravam que o tráfico de drogas e outras atividades ilícitas eram formas mais atraentes e mais fáceis de “ganhar a vida”. Com receio de admitir diante

da família a sua adesão a facções criminosas, a solução encontrada por esses jovens era a de simular dificuldades de aprendizagem que servissem de justificativa plausível para a desistência escolar.

Em quase todos esses casos os transtornos psicológicos surgiam como hipótese diagnóstica e o uso de medicamentos era uma das primeiras possibilidades levantadas por uma parte dos profissionais que os atendiam, antes mesmo de uma avaliação acurada.

A presença do NASF no panorama social deflagrou uma série de encaminhamentos de crianças para os postos de saúde. E na Zona Norte de São Paulo não foi diferente. Diante do novo desafio realizamos reuniões com coordenadores de escolas de ensino fundamental e médio e interconsultas (na UBS e em visitas domiciliares), o que nos permitiu concluir que a maior parte das demandas era fruto da precipitação ou da falta de discernimento dos próprios coordenadores das escolas, desejosos de obter soluções em curto prazo, como se os profissionais de saúde dispusessem de uma “fórmula mágica” (o medicamento psicoativo) para “reprogramar” as crianças e fazê-las apresentar instantaneamente um bom desempenho escolar. Tal atitude por parte dos coordenadores terminava por produzir nos integrantes das equipes de saúde e nos pais dos alunos uma visão distorcida do problema e de suas causas, gerando expectativas que normalmente resultavam em frustração.

A falta de discernimento de coordenadores de escolas e a subsequente visão distorcida que tomava corpo, talvez decorram da premência em resolver rapidamente tais “distúrbios”, mesmo em prejuízo das pessoas, de sua singularidade e reais necessidades. A fórmula eleita pela escola parece ser a rotulagem do “aluno-problema” e a intervenção apoiada no massificante modelo biomédico, fundamentado exclusivamente em números da CID, em descrições do DSM e em protocolos que desconsideram a criança, suas experiências, sua subjetividade, seu modo de estar-no-mundo.

Em meio a essas ocorrências tempestuosas surgiu a pergunta: o que pensam os profissionais do NASF a esse respeito? Trabalhei diretamente com diversas categorias profissionais integrantes do NASF percebi que todas elas poderiam se beneficiar de um debate sobre medicalização e queixa escolar.

Este estudo representa uma tentativa de contribuir com as reflexões de vários autores e atores que abordam o tema da medicalização, especialmente no Fórum de

Medicalização da Educação e da Sociedade. O intuito do trabalho é explorar alguns aspectos relevantes para esse movimento, que se reveste de importância considerável para o debate relativo aos destinos da interface Saúde-Educação.

INTRODUÇÃO

Objetivos

Tendo a queixa escolar como foco, constitui objeto de investigação o trabalho da equipe NASF no âmbito da ESF, na qual desempenha funções de apoio matricial e realiza o atendimento a demandas relativas à queixa escolar. Tais demandas provêm da iniciativa dos pais ou responsáveis, que procuram as UBS´s em busca de ajuda médica. Também existem demandas que são provenientes das escolas públicas do território de abrangência da UBS na qual a equipe NASF atua.

Objetivos Gerais: (1) Verificar o tipo de inserção dos profissionais de saúde no NASF e como se posicionam diante da medicalização da educação; (2) Contribuir com subsídios para a elaboração de Políticas Públicas que permitam uma interface Saúde-Educação coerente com uma **abordagem emancipadora do sujeito** (GARRIDO E MOYSÉS, 2011); (3) Contribuir com subsídios para a formação dos profissionais de saúde que pretendem atuar na ESF; (4) Explorar possibilidades inovadoras de articulação UBS-Escola; (5) Contribuir com subsídios para a construção de uma Atenção Primária em Saúde que se posicione como parceira de um projeto de saúde escolar.

Objetivo Específico: Realizar uma análise bibliográfica sobre o fenômeno da medicalização e a Estratégia Saúde da Família, bem como uma análise descritivo-reflexiva a respeito da atuação da ESF e do NASF diante da queixa escolar, a partir das minhas atividades profissionais em uma equipe NASF atuante na Zoa Norte do Município de São Paulo.

Temos como hipóteses: (1) Há medicalização da queixa escolar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. (2) Os profissionais da ESF e do NASF nem sempre estão cientes das implicações biopsicológicas, sanitárias, políticas e sociais da medicalização da educação. (3) Os profissionais da ESF e do NASF nem sempre estão cientes dos fundamentos nem do uso terapêutico adequado dos psicofármacos.

Referencial Teórico

Em virtude das UBS´s serem acionadas pela população usuária dos serviços de Saúde e pelas escolas de ensino médio e fundamental, o entendimento da delicada relação UBS-Escola constitui um aspecto crucial para o estudo da queixa escolar na interface Saúde-Educação.

Para dar suporte ao diálogo entre essas duas áreas é indispensável recorrer aos trabalhos de autores contemporâneos na área de Psicologia Escolar e Educacional, que a partir dos anos 1970 e 1980 iniciaram um processo profundo de revisão de conceitos e inseriram a Psicologia Escolar em uma perspectiva de crítica às concepções psicológicas tradicionais, que prescreviam para as crianças uma adaptação automatizante ao programa de aprendizagem estabelecido pelas escolas, desconsiderando os fatores de múltipla natureza que interferem na escolarização, sobretudo os de natureza político-pedagógica.

Entre esses autores a Prof^{a}. Dr^{a}. Marilene Proença Rebello de Souza tem contribuído de modo expressivo para a compreensão do fenômeno da queixa escolar e vem sendo um dos principais expoentes do Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade. Por isso, será utilizado como referencial teórico o trabalho desenvolvido pela Prof^{a}. Marilene e por autores que integram o Fórum, além de outros autores que apresentam reflexões em sintonia com as propostas deste coletivo.

Justificativa

Esta investigação é justificável pelos seguintes motivos: a ESF, proposta de reorientação do modelo sanitário aplicado pelo Estado Brasileiro, fundamenta-se nos princípios de Prevenção e Promoção de Saúde e valoriza o papel da família neste processo. Por isso, é preciso realizar esforços para que a Atenção Primária, na qual a ESF está inserida, represente de fato uma mudança de olhar sobre a saúde da população e suas demandas. Preservar as diretrizes da Atenção Primária e da ESF, aprimorando as suas ações e ferramentas de intervenção na comunidade, implica em salvaguardar a ideia de que cada indivíduo deve ser protagonista de sua saúde e de sua vida.

O avanço da ESF no Brasil, no intuito de que ela seja a porta de entrada no sistema de saúde pública vigente em nosso país, vem estreitando a relação entre a Saúde e a Educação por meio de articulações intersetoriais nos territórios cobertos pela ESF. Essa interação reúne aspectos positivos e negativos, pois é possível identificar a ocorrência de solicitações indiscriminadas que têm eclodido de forma exponencial nas Unidades de Saúde da Família. Nesse sentido, os profissionais que atuam no âmbito da saúde pública devem contribuir para o processo de construção de um novo modelo de Saúde Mental e de uma proposta de Educação livre das amarras do biopoder, o que nos remete inevitavelmente à necessidade de avaliar qual o papel desempenhado pelas equipes NASF na intervenção multiprofissional dirigida às queixas escolares. Daí a necessidade de verificar o que pensam os profissionais do NASF sobre o uso de psicofármacos em casos de queixa escolar e no consequente fenômeno da medicalização da sociedade.

Tal proposta se insere no desejo coletivo de gerar subsídios para uma nova concepção na interface Saúde-Educação e uma nova práxis, um ideal que tem sido perseguido por muitas instituições em nosso país e no território internacional, encontrando na produção acadêmica de pesquisadores brasileiros uma forte contribuição teórico-metodológica.

"Precisamos estar sempre atentos para responder às finalidades do trabalho que vimos desenvolvendo, sob pena de nos transformarmos em animadores ou educadores sociais ou técnicos qualificados, perdendo as especificidades do conhecimento psicológico a serviço da educação".

Marilene Proença Rebello de Souza

1. MEDICALIZAÇÃO E QUEIXA ESCOLAR

1.1. Sociedade Medicalizada

Para analisar a medicalização da queixa escolar é necessário compreender as forças que utilizam a ideologia medicalizante como instrumento de hegemonia, incidindo sobre praticamente todos os quadrantes sociais.

Vivemos na atualidade o primado da ciência, que ao longo da História da Humanidade conseguiu se sobrepor a outras formas de interpretação do real e produção de conhecimento. A princípio o saber mítico era considerado suficiente para apresentar respostas satisfatórias aos grupos sociais. O mito é um recurso utilizado pelo homem quando não existem explicações formais para um evento. Portanto, ele é formulado com a finalidade de preencher lacunas de compreensão da realidade. Pela natureza intrínseca do conhecimento mítico é natural que a religião tenha assumido a custódia dessa primeira modalidade de saber que se corporificou na experiência humana.

Com o surgimento de questões vitais de alta complexidade, que não podiam ser equacionadas satisfatoriamente pelo saber mítico, a transição da consciência mítica para a consciência racional tornou-se um caminho necessário, ensejando a eclosão da filosofia e da ciência, que inicialmente estavam geminadas, mas no transcorrer do tempo assumiram trajetórias distintas.

É muito comum que no mundo acadêmico a ciência seja concebida como uma forma superior de conhecimento, uma categoria de análise do real que todas as outras formas de saber devem reverenciar e guardar submissão. Essa visão estreita pode ser dissecada facilmente, permitindo-nos encontrar em seu bojo uma concepção utilitária e desumanizada da própria experiência humana. Em relação a essa trajetória antropológica e à entronização da ciência, Minayo *et al* (2002) expressa-se nos seguintes termos:

> As tribos primitivas, através dos mitos, explicaram e explicam os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social, seus mecanismos de poder, controle e reprodução. Dentro de dimensões históricas imemoriais até nossos dias, as religiões e filosofias têm sido poderosos instrumentos explicativos dos significados da existência individual e coletiva. A poesia e a arte continuam a desvendar lógicas profundas e

> insuspeitas do inconsciente coletivo, do cotidiano e do destino humano**. A ciência é apenas uma forma de expressão desta busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva.** (p. os grifos são meus)

No cotidiano do fazer científico parece ser muito infrequente que os pesquisadores admitam as limitações da ciência, definindo-a tão-somente como mais um vetor do esforço humano para interpretar os fenômenos da vida. Essa formulação mais parcimoniosa tem a propriedade de apresentar a ciência como um fato social desvestido da roupagem mítica que paradoxalmente lhe foi atribuída. Quando os cientistas apregoam, de forma tácita ou mesmo de modo explícito, que o conhecimento científico é o elemento distintivo entre os cidadãos e que somente quem dele se apropriar terá autoridade para influenciar a vida social, essa ideia parece reproduzir toscamente a concepção da aristocracia platônica, presente na clássica obra A República. Segundo esta ótica o poder decisório em uma sociedade deve ser diretamente proporcional ao aprimoramento do saber de cada cidadão. Assim como na aristocracia platônica o primado da ciência moderna se opõe à democracia porque instaura uma ordem regida pela categorização discriminatória dos cidadãos, que assumem níveis de importância de acordo com o grau de conhecimento formal/acadêmico que possuem, como se o simples fato de serem cidadãos já não fosse suficiente para que cada indivíduo tenha direito a ser empoderado.

É evidente que o primado da ciência está comprometido com uma proposta utilitária da vida e com a lógica do exercício do poder em variados matizes.

Ao fazer a distinção entre ciência e cientificismo, Minayo *et al* (2002) sintetiza seu pensamento referindo-se a dois fatores que determinam a hegemonia da ciência:

> Mencionaremos duas razões: a primeira, de ordem externa a ela mesma, está na **sua possibilidade de responder a questões técnicas e tecnológicas postas pelo desenvolvimento industrial.** A segunda razão, de ordem interna, consiste no fato dos cientistas terem conseguido estabelecer uma linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações. Essa linguagem é utilizada de forma coerente, controlada e instituída por

> uma comunidade que a controla e administra sua reprodução. (p. os grifos são meus)

No trabalho intitulado “Conhecimento Científico, Medicalização e os Saberes Escolares” (SPAZZIANI & COLARES, 2011), a autoras também optaram por analisar o desenvolvimento da ciência e o poder usurpatório de que ela se utiliza para invadir os espaços sociais, notadamente o contexto e os saberes escolares. A partir do referencial teórico adotado pelas autoras, fundamentado em trabalhos sólidos como os de Japiassú, Foucault e Lowy, é possível concluir que não existe um ente abstrato que se pode denominar “A Ciência”. O que vigora são expressões da ciência como um constructo histórico-social que reflete necessidades conjunturais e se mantém a serviço do ideário de classes dominantes, conforme o grifo que consta na citação do trabalho de Minayo. Esse conceito é corroborado por Spazziani & Colares (2011):

> Na história do pensamento científico percebe-se um movimento das ideias que segue por processos evolutivos e involutivos, ou seja, **não há linearidade das formulações**, há avanços e retrocessos possibilitados pela situação concreta dos contextos nas quais foram geradas. (...) **o conhecimento produzido é um conhecimento interessado**, **conjugado aos ideais e às necessidades da classe social dominante, no caso, a burguesia industrial e empresarial.** (p. os grifos são meus)

Até aqui os argumentos que dão sustentação ao presente capítulo se destinam a denunciar os mitos da verdade e da neutralidade científicas.

O primeiro mito se corporifica mediante a afirmação de que a ciência é capaz de produzir um distanciamento completo entre o sujeito que pesquisa e o objeto pesquisado, resultando em saberes que estão isentos da impregnação imposta pelo olhar do investigador. Além disso, esse conceito prevê que a ciência é capaz de analisar o objeto estudado sob todos os ângulos, o que certamente constitui uma presunção hipertrofiada.

O segundo mito se materializa por meio de uma pretensa imunidade do pesquisador ante o contexto social, cultural e político em que se encontra imerso, como se a ciência fosse uma produção humana de caráter a-histórico e cujos frutos podem ser universalizados e admitidos como “conhecimentos puros”.

Em continuidade a essa análise é forçoso reconhecer que as classes dominantes utilizam o saber científico para seus interesses nem sempre confessáveis. Um dos interesses está explicitado: fazer da ciência uma geradora de tecnologia e riqueza material para os afiliados ao estrato social hegemônico. O outro interesse será esmiuçado a seguir: transformar o discurso científico em ferramenta para o controle e a subserviência das camadas sociais subalternas, que são submetidas ao talante do biopoder.

Ao abordar a biologização da vida e os efeitos do discurso médico sobre a educação, Guarido (2011) comenta que Foucault desenvolveu o conceito de **biopoder** ao constatar que as classes dominantes decidiram exercer o controle sobre as classes populares de uma forma mais radical e eficaz: interferindo no destino das pessoas através da manipulação dos domínios essenciais da vida humana. A autora sugere que a dominação mediada pelo biopoder só é possível quando se produz na sociedade um conjunto normativo com a finalidade de banir da existência humana as circunstâncias em que o ser não está no ápice das suas potencialidades. Projeta-se uma concepção de absoluta intolerância e rejeição à doença, ao sofrimento psíquico, ao envelhecimento, às imperfeições estéticas e ao decaimento gradual na expressão de diversas funções orgânicas hormônio-dependentes, como a função sexual. Tudo isso toma corpo desconsiderando que a vida é composta por irregularidades, fenômenos cíclicos, frustrações, dor, contingências vitais inesperadas e outros fatores que conferem sabor e uma dose de imprevisibilidade ao existir. Quando essa falácia da negação às vicissitudes da vida é aceita pela coletividade, o passo seguinte é oferecer aos indivíduos soluções mágicas para os seus incidentes diários, sob o pretexto de que se está trabalhando em favor do bem-estar de todos. Diante da sedução que a ideia de qualidade de vida alberga a maioria das pessoas parece aderir ao controle imposto por essa normatividade artificial que sequestra os conflitos humanos e encarcera o indivíduo em grades invisíveis de sujeição aos impositivos das classes dominantes.

Portanto, não é apenas a saúde que se torna alvo do biopoder, porquanto são atingidos todos os territórios da existência, pois somente assim a dominação de classe adquire mais vitalidade. Nas palavras de Guarido (2011):

> Com a ideia de biopoder, Foucault põe em foco uma vertente de governo do homem no mundo contemporâneo. É a vida que está em jogo, em sua dimensão biológica e subjetiva, e não está em jogo

> somente para ser disciplinarizada nos domínios de uma medicina social e sanitária. As formas de viver, o cultivo da saúde, os domínios sobre a sexualidade, bem como os sofrimentos existenciais serão objeto do biopoder de que fala Foucault.

Se o exercício do biopoder é o objetivo traçado pelos setores sociais hegemônicos, é necessária uma estratégia para operacionalizar esse projeto, o que justifica a existência do que Foucault denomina **biopolítica**.

Uma das expressões mais evidentes de biopolítica é a medicalização da vida, um fenômeno que se faz presente no momento em que o saber médico se insinua para ocupar espaços não relacionados à terapia, tomando de assalto diversos domínios da vida reservados ao debate político, às questões de classe e às disputas de sentido no plano coletivo. Além de invadir territórios que não lhe pertencem o saber médico converte em discussão biológica inúmeras questões que exigem o contributo de abordagens da filosofia e das ciências humanas, cuja natureza epistêmica abre espaços para uma visão crítica em torno dos embates de classe. Biologizar os problemas humanos é o recurso encontrado pela ideologia medicalizante para ter ascendência sobre o senso comum, que frequentemente não é capaz de ver o saber médico com criticidade. Por isso, embotando o discernimento geral a ciência médica se coloca a serviço do controle da vida pretendido pelas camadas detentoras do poder.

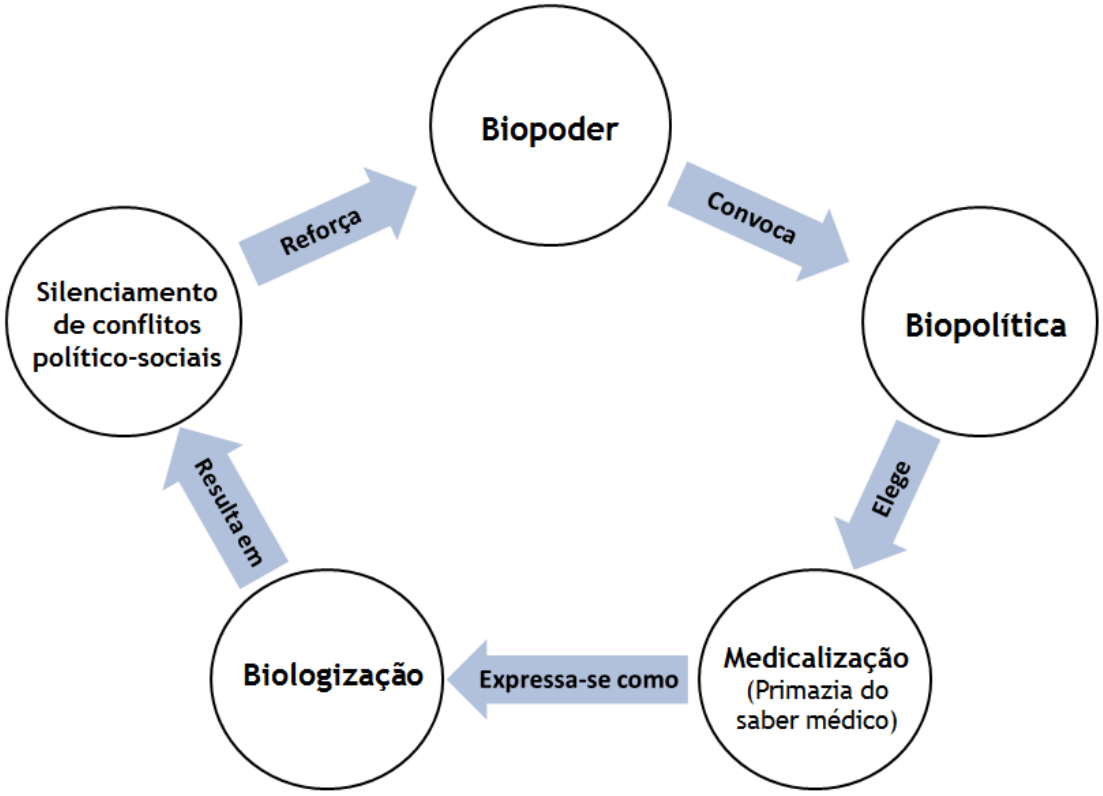
Quando menciono o fascínio que a ideia de saúde e qualidade de vida exerce sobre as pessoas não estou desautorizando a proposta e considerando-a perniciosa em si mesma. O comentário tem a finalidade de denunciar que a biopolítica se apropria desse conceito conforme a sua conveniência, inscrevendo-o na estratégia para enclausurar os indivíduos em uma esfera normativa, conforme se depreende do texto de Guarido (2011):

> A garantia de um comportamento para a saúde ultrapassa a noção de saúde do indivíduo, pois o engaja na manutenção da saúde no espaço coletivo, moralizando as condutas em torno do governo de si e dos hábitos em geral. E mais: a medicalização da vida se apresenta de gestão que o homem, a partir da modernidade, faz da sua saúde, do seu bem estar, bem como do seu comportamento e das representações de si mesmo.

A partir dessa constatação se justifica o grande volume de informação sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida que circula em publicações impressas, páginas eletrônicas e programas em veículos de comunicação de massa.

É curioso notar mais um paradoxo que se manifesta nesse contexto. As informações são coloridas com o verniz da vida no plano individual. As pessoas são estimuladas a cuidar da aparência, a moderar a dieta, a calcular o índice de massa corpórea, a fazer exercícios que as retirem do sedentarismo. Tudo isso soa como um conjunto de medidas que só se refletem na vida do próprio interessado, mas na verdade cada gesto de adesão à norma-padrão desloca o indivíduo para um não-lugar no qual ele abdica da sua subjetividade e se dilui em um amálgama coletivo cujo destino é traçado pelas linhas de força do biopoder.

Em síntese, o biopoder convoca as estratégias biopolíticas para gerir a vida dos indivíduos; essas estratégias se manifestam através da medicalização, uma proposta anacrônica que reduz todas as querelas sociais e sofrimentos humanos a problemas biológicos (biologização), silenciando os tensionamentos de classe para revigorar e favorecer a manutenção do biopoder. Esta é a **alça de realimentação do biopoder**, conforme esquematizado no esquema 1:



Esquema. 1 – Alça de realimentação do biopoder.

A agenda política do biopoder obtém sucesso em função de inúmeros fatores, entre os quais se destacam as formas de relacionamento social mercantil na contemporaneidade. Se quase tudo se transformou em artigo de compra e venda, até mesmo o amor e o compromisso do casamento, que podem ser adquiridos em páginas de relacionamento na internet, por que a saúde estaria isenta de ser considerada um bem de consumo? Disso decorre que os medicamentos que estão entre os mais consumidos são exatamente aqueles que oferecem garantias de bem-estar através da estabilização emocional, mas que apresentam o risco de servirem como instrumentos de ocultação de demandas existenciais que necessitam de escuta qualificada e manejo multifacetado.

O tema da mercantilização da saúde tem gerado o debate interminável em torno da regulamentação da propaganda de medicamentos. Os órgãos estatais e privados responsáveis por alavancar essa discussão tentam reduzir a influência do marketing industrial-farmacêutico sobre o imaginário da população, que está povoado pelo discurso biologizante segundo o qual uma doença é sempre (e exclusivamente) o resultado da desarmonia fisiológica, passível de correção através de recursos químicos. Não é difícil inferir que as corporações farmacêuticas nacionais e transnacionais resistem tenazmente a qualquer proposta de cerceamento das campanhas publicitárias relativas aos seus produtos.

O discurso biologizante e as práticas mercantis da modernidade sugerem que o indivíduo adquira o seu “pacote farmacológico de bem-estar” nas “melhores lojas do mercado”. Por essa razão, o saber médico, em especial o saber psiquiátrico, está implicado em dar sustentação à ideologia medicalizante que se insinua no território da saúde mental. E como o conceito de medicalização significa uma ingerência não autorizada do saber médico em questões não terapêuticas, era de se esperar que a psiquiatria se infiltrasse em áreas estratégicas para a biopolítica, como a área de Educação.

Analisando os efeitos do discurso psiquiátrico sobre a Educação, Guarido (2007) se refere à mudança das concepções diagnósticas na área de saúde mental. A publicação de sucessivas edições da DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) por pesquisadores norte-americanos tem conspirado para a vigência de critérios diagnósticos cada vez mais objetivos. Com isso vem ocorrendo, conforme enunciado por Guarido (2007), “o abandono crescente da descrição causal e de sentido dos sintomas apresentados pelo sujeito”.

A partir da biologização como prática discursiva, a subjetividade é substituída pela noção de que qualquer estado de inadequação do comportamento deve ser creditado exclusivamente a eventuais alterações na bioquímica cerebral. No entanto, a proposta de adotar exclusivamente critérios diagnósticos objetivos parece uma decisão socialmente construída para atender a demandas econômicas em lugar das científicas. Abandonando-se a historicidade que deveria ser considerada em um diagnóstico, são beneficiados vários segmentos da sociedade a quem interessa a ideologia medicalizante.

São protagonistas desse processo os gerentes de seguradoras de saúde dos Estados Unidos e as instituições governamentais norte-americanas que fomentam a pesquisa em saúde mental. Critérios diagnósticos considerados como objetivos afastariam gastos desnecessários por parte das empresas de medicina de grupo, ao mesmo tempo em que permitiriam ao governo norte-americano negar a liberação de verba para pesquisa em saúde mental na ausência de dados epidemiológicos que comprovem o retorno líquido e certo do investimento (GUARIDO, 2007).

Se as soluções terapêuticas eficazes são aquelas nas quais se pode manipular quimicamente a rede de neurônios, é preciso que entre em cena outro protagonista da medicalização da vida apontado por Guarido (2007): a indústria farmacêutica.

Como afirmam Garrido & Moysés (2011), referindo-se ao trabalho de Illich (1975), medicalizar significa definir problemas sociais em termos médicos e procurar a sua origem na dimensão biológica do ser. Por isso, a todo esse esforço em atribuir causas biológicas aos transtornos comportamentais soma-se a tentativa de interpretar diversas formas de expressão da vida humana como sintomas que compõem um quadro patológico. Sofrimentos passageiros e insatisfações, decorrência natural dos revezes da existência, são rotulados como doença, permitindo aos beneficiários dessa proposta o atendimento aos seus interesses.

Ainda no trabalho mencionado Guarido (2011) elucida que essa patologização da existência, consequência direta da difusão invasiva do saber médico na trama social, é um fenômeno pode ser interpretado à luz do desenvolvimento histórico da ciência e da prática médicas:

> Se o **objetivo da medicina** foi, até certo momento histórico, **quase que exclusivamente a investigação sobre doenças**, suas causas e suas terapêuticas, medicalizar um fenômeno ou acontecimento, teve por consequência patologizá-lo. (p. 30, os grifos são meus)

Significa dizer que medicalização, biologização e patologização são termos de uma mesma equação, sendo muito improvável que esses três conceitos sofram uma dissociação. A importância desta constatação se revela na gestão do cuidado em saúde e no ambiente escolar, anunciando uma realidade temerária que merece atenção, uma vez que parece não haver espaço para atitudes parcimoniosas: toda vez que o saber médico, em especial o saber psiquiátrico, obtiver autorização política e institucional para se imiscuir em territórios alheios, poderemos esperar movimentos e conceitos que privilegiam a patologia, que se traduzem no surgimento de categorias diagnósticas novas e na detecção de transtornos reais ou imaginários. A prova cabal, segundo Guarido (2011), é que na área de Educação crianças com dificuldades escolares são interpretadas apressadamente como pacientes com distúrbios. Os representantes da ideologia medicalizante em sua sanha expansionista não vacilam em patologizar *a priori* qualquer caso analisado no ambiente escolar, pois "ao invés de considerarem um ser em desenvolvimento se considera um déficit neurológico" (pág. 29).

Alguns estudiosos poderão afirmar que essa expectativa configura uma espécie de estigmatização da medicina, enquanto outros pesquisadores interpretarão que o raciocínio está embasado na própria identidade epistêmica da ciência e da prática médicas, que embora tenham avançado na direção apontada pela medicina preventiva no século XX, ainda são regidas por uma visão linear apoiada em três pilares: doença, diagnóstico e intervenção.

Diante do exposto, torna-se manifesta a mitificação da ciência e seu compromisso com o biopoder, desaguando na medicalização da vida como forma de controle de consciências e como tentativa de ocultar conflitos sociais. Esta vertente interpretativa nos permite analisar como o discurso medicalizante sustentado pela psiquiatria biológica teve acesso histórico ao ambiente e ao contexto escolares, avocando para si a responsabilidade em solucionar de forma unilateral o complexo problema da queixa escolar, que reputam como uma questão exclusivamente neuropsiquiátrica.

O conceito de medicalização remete a uma gama de processos mais amplos do que a utilização indiscriminada de medicamentos no manejo das questões da vida. Medicalização não significa o primado do medicamento, mas constitui um processo de rapina ideológica catalisada pela classe e pelo poder médicos.

1.2. A Medicalização Invade o Ambiente Escolar

A medicalização pode ser compreendida como um processo no qual a medicina se instala em diversos domínios sociais, assumindo poderes discricionais e passando a gerir a lógica funcional de cada setor que a ela se submete. Desta forma, quando consideramos a medicalização da educação, estamos diante de uma ação disruptiva dos saberes médicos sobre os saberes escolares.

Antes de analisar esta ação invasiva faz-se necessário um breve comentário sobre a teia de complexidades que constitui a aprendizagem.

A experiência da criança na escola era entendida em tempos pregressos como um simples programa de apropriação dos conhecimentos formais à disposição da sociedade, sistematizados em livros didáticos e em outras formas de transporte e armazenamento de conteúdos. Para Spazziani & Colares (2011) o contexto escolar precisa ser recodificado e entendido como um espaço de articulação dialética entre o conhecimento produzido nas academias e as inúmeras intercorrências que caracterizam o processo pedagógico. Visto sob esta ótica, o conhecimento poderá ser **sistematizado** para chegar à escola através de diversos formatos, mas no ambiente escolar ele será completamente **matizado** pelas variantes do processo ensino-aprendizagem, pelas singularidades da criança e do educador, pela cultura da escola e por outras nuances que atribuem ao processo de escolarização uma policromia que vai muito além da apropriação e reprodução fiel do conhecimento científico pela criança.

As autoras declaram também que na perspectiva da escolarização o conhecimento na verdade não é transmitido, mais construído pelo sujeito. A rigor, o que lhe chega através do sensório não é um conhecimento que ele assimila, mas as informações sistematizadas, às quais o indivíduo atribuiu sentido a partir de conceitos aproximados e já consolidados por ele. Para Spazziani & Colares (2011), nessa dinâmica complexa

> (...) o ambiente sociocultural da escola interfere facilitando ou dificultando o processo. (...) uma elaboração que envolve a transformação dos modos de conceituar do aluno, no sentido do conhecimento sistematizado, através das relações interpessoais, das trocas dialógicas sobre objetos ou fenômenos (...).

Ampliando a compreensão sobre o processo de escolarização Spazziani & Colares (2011) corroboram as afirmações de Minayo *et al* (2002) ao defender a necessidade de demitizar o saber científico, que não pode ser alçado a uma condição de superioridade em relação às demais experiências interpretativas do real. Aliás, a partir da descrição das complexidades que envolvem a aprendizagem no ambiente escolar elas admitem que o conhecimento científico veiculado na escola é o componente menos importante para o sucesso escolar. Mais definitivos são os aspectos do ambiente escolar, as características culturais das pessoas presentes no contexto escolar e as experiências que a criança traz do cotidiano, que lhe permitem, como afirmamos acima, construir novos conceitos por aproximação.

As políticas educacionais e a cultura de cada escola precisam reconhecer que um processo pedagógico assertivo depende de adaptações do conhecimento sistematizado, que deve ser moldado ao público (e pelo público) focalizado pela instituição de ensino. O sucesso na aprendizagem só ocorre quando se dá voz ao saberes cotidianos, aqueles que não estão rotulados com os rigores da academia. E isso raramente ocorre porque o conhecimento científico é supervalorizado, em detrimento das experiências do dia a dia da criança. Por essa razão, na contramão do que se pode pensar em uma análise superficial

> O êxito no ensino de conceitos científicos relaciona-se à obtenção de certos domínios mínimos dos conceitos cotidianos, ou seja, os conceitos científicos têm sua base em conceitos cotidianos. (...) No contexto instrucional da escola houve uma tendência a investir, com quase total exclusividade, no conhecimento sistematizado (científico), promovendo deslocamentos de subordinação ou total ignorância das situações vivenciais, dos significados contextualizados, priorizando o genérico e as abstrações sem as mediações necessárias, impondo, na maioria das vezes, conceitos com significados vazios. (SPAZZIANI & COLARES, 2011)

Essas considerações nos induzem a identificar causas para o fracasso escolar que não guardam nenhuma relação com disfunções biológicas.

A argumentação apresentada sugere que uma concepção libertadora de Educação deve privilegiar o caráter dialógico, dando voz aos saberes cotidianos, valorizando o ambiente escolar e não admitindo formulações fragmentadas que

exaltam o saber científico em detrimento dos demais elementos constitutivos do processo pedagógico. Sendo assim, de que modo a medicalização e o discurso biologizante conseguiram tomar de assalto os saberes e o contexto escolar?

Para responder esta pergunta precisamos revisitar brevemente o percurso histórico das concepções sobre a criança, o desenvolvimento e a Educação, particularmente na transição do século XIX para o século XX.

Segundo Guarido (2007) os olhares sobre a criança nos últimos dois séculos sofreram a influência do pensamento utilitário fundamentado na produção de bens de consumo em larga escala. O que se pretendia e se pretende até hoje é garantir um desenvolvimento individual sem acidentes de percurso que comprometam a capacidade produtiva do futuro adulto, engajado à sua revelia no ideário burguês da industrialização. No entanto, mesmo com esse ideário balizando a visão sobre o universo infantil, os cuidados dirigidos à criança, até o século XIX, eram prerrogativa exclusiva do campo pedagógico, não se deixando atravessar pelo saberes médicos.

Com o advento da psicanálise no final do século XIX começa a se desenhar um campo autônomo de estudo e intervenção que vai constituir a psicologia e a psiquiatria da criança. Os arautos da classe dominante certamente viram nesse novo campo de conhecimento uma ferramenta de grande utilidade para moldar e manipular as instituições educacionais de acordo com as exigências da industrialização. É exatamente aí que se abre uma fenda no contexto escolar para que a medicina se instale nos ambientes de aprendizagem. Dito de outra forma, é nesse instante que os saberes médicos tomam de assalto os saberes escolares.

O interesse era bilateral. De um lado, a burguesia agora dispunha de um aparado científico com recursos para normatizar e vigiar o contexto escolar, forjando indivíduos que seriam ainda mais expropriados da sua subjetividade para atenderem aos cânones do capital. Do outro lado os médicos recebiam um convite da burguesia para ampliarem a sua hegemonia social, uma proposta regada com fartas doses de recursos financeiros que tornavam ainda mais atrativa para os profissionais da medicina a tarefa de se instalarem no ambiente escolar. Acordo fechado! Guarido (2007) informa:

> Interessava aos médicos de então tratar o que se configurava como desordens das condições das crianças em se tornarem adultos plenos no **exercício de suas funções intelectuais e morais**. Não é por acaso, então, que os historiadores da psiquiatria afirmam que

> nesse período a patologia fundamental recortada no campo médico para a criança fosse a idiotia – retardo mental –, sendo que esta não tinha estatuto de doença mental. (os grifos são meus)

As expressões em destaque na citação acima demonstram que a classe médica, ao aderir à proposta de introduzir seus saberes na escola, estava a serviço não apenas de uma ideologia de produção de operários com suas funções motoras e cognitivas em pleno vigor. Os médicos também estavam engajados em uma cruzada para garantir o controle moral da coletividade.

Também se depreende da fala de Guarido (2007) que as práticas asilares, com seu rastro de segregação e institucionalização, não se restringiram ao campo da psiquiatria, porque se fizeram igualmente presentes no âmbito da Educação. A invasão organizada dos saberes médicos no campo educativo resultou na criação de serviços de psiquiatria infantil instalados em espaços anexos aos hospitais psiquiátricos de adultos, nos quais muitas crianças foram submetidas a internações para tratamento ostensivo, visando à sua reinserção no processo pedagógico. Nos séculos XIX e XX inúmeras instituições com essa finalidade foram criadas nos Estados Unidos e na Europa, cuja tentativa de devolução das “crianças-problema” para os bancos escolares redundou em malogro.

Todo esse quadro histórico evidencia a forma como as concepções a respeito da vida infantil foram aos poucos sendo desnaturadas. Os saberes sobre a criança saíram do domínio da pedagogia e se converteram em saberes médico-psicológicos, influenciando mais tarde os eixos teóricos fundamentais da Educação Especial (GUARIDO, 2007).

Essa breve exposição em torno da invasão das concepções medicalizantes no campo educacional nos remete à necessidade de entender qual a visão apresentada pelos autores contemporâneos no âmbito da Psicologia Escolar e Educacional, abordagem que só pode ser levada a efeito por meio de um exame sucinto das relações entre Psicologia e Educação ao longo tempo.

Fazendo uma análise histórica do desenvolvimento da Psicologia Escolar e Educacional no Brasil, em artigo que derivou de uma tese de doutorado, Barbosa & Souza (2012) demonstram que os inúmeros trabalhos publicados no país e no Exterior sobre a contribuição da Psicologia para a Educação denotam uma gama bastante ampla de concepções teóricas e práticas acerca do tema. As próprias designações por si mesmas informam essas variações, entre as quais podemos

destacar algumas: Pedagogia Terapêutica, Higiene Escolar, Psicologia do Escolar, Psicologia Aplicada às Coisas do Ensino, Psicologia Pedagógica, Psicotécnica. As autoras esclarecem que algumas nomenclaturas apontam para uma elaboração teórica enquanto outras anunciam um conglomerado de práticas que configuram um campo de atuação profissional. No seu conjunto essas designações semelhantes ou dessemelhantes revelam uma indefinição identitária que somente aos poucos vem sendo superada. Por isso, Barbosa & Souza (2012) propõem:

> (...) é possível afirmar que, ao longo tempo, foram muitos os *objetos de estudo*, *finalidades*, *métodos* e *técnicas de investigação* e *intervenção* no campo de conhecimento da Psicologia Educacional e Escolar. Essas modificações ocorreram também devido à mudança acerca da *visão de homem*, de *mundo*, de *educação*, *escola* e *sociedade*. Essas distinções estão relacionadas a concepções ideológicas que perpassaram cada momento histórico. (os itálicos são do original)

A partir desse emaranhado de conceitos que se sucederam ao longo do tempo surgiu a nomenclatura adotada pelos autores contemporâneos que se ocupam do processo de escolarização. É importante estabelecer as definições e distinções que demarcam mais ou menos nitidamente as fronteiras entre esses campos complementares de pesquisa e prática profissional. Podemos entender por Psicologia Educacional (ou da Educação) o conjunto da saberes que pretendem investigar e intervir sobre os aspectos psicológicos que influenciam o processo educativo, ao passo que a Psicologia Escolar se ocupa das relações que se estabelecem de forma ampla no ambiente da escola. A Psicologia Escolar se vale dos dados levantados pela Psicologia Educacional, mas não se restringe a eles, pois também dialoga com a filosofia, a antropologia, a sociologia e outros campos das ciências humanas que oferecem subsídios preciosos para uma análise ponderada da escolarização.

No Brasil o campo da Psicologia Escolar e Educacional se desenvolveu e adquiriu cidadania social em sintonia histórica com a própria Psicologia. Dois momentos específicos podem ser apontados para se observar esta consolidação: a virada do século XIX para o século XX, quando a Psicologia se desprendeu da

medicina e da filosofia para se tornar autônoma, e a regulamentação da profissão de psicólogo no país, que data de 1962 (BARBOSA & SOUZA, 2012).

Outra característica marcante dos autores contemporâneos é rejeitar a cisão entre teoria e prática, que ocorreu porque a Psicologia Educacional esteve mais associada à investigação, enquanto a Psicologia Escolar se manteve mais identificada com a intervenção. A ruptura com essa segregação arbitrária, que é fruto da influência científica dos Estados Unidos, pode ser justificada pela necessidade de assunção de um compromisso ético-político que não admite separar a pesquisa das propostas concretas apresentadas para transformar a sociedade. A produção acadêmica deve lastrear e se articular com os programas, os serviços e a atuação profissional de psicólogos e outros profissionais interessados na "luta por uma escola democrática e de qualidade social" (SOUZA, 2010).

Na referida tese de doutorado produzida por Deborah Rosária Barbosa, sob a orientação da Profa. Marilene Proença Rebello de Souza, o levantamento foi realizado a partir de farta documentação escrita e da coleta de depoimentos de pioneiros e protagonistas da Psicologia Escolar e Educacional no Brasil, que permitiram às autoras sugerir uma periodização para este campo do conhecimento que se divide em sete fases históricas, da colonização portuguesa até os novos rumos que o século XXI imprimiu à pesquisa sobre as relações entre Psicologia e Educação. Os achados da pesquisa evidenciam os diferentes papéis políticos exercidos pela Psicologia ao se ocupar das questões educacionais. Nas palavras de Barbosa & Souza (2012):

> Em termos gerais, pode-se dizer que, em vários momentos, a Psicologia em sua relação com a Educação passou por várias transformações, sendo um conhecimento e uma prática que **ora esteve a serviço de interesses conservadores e capitalistas, ora contribuiu para reflexões revolucionárias e emancipatórias.** (os grifos são meus)

Nos momentos em que este campo do saber foi utilizado como ferramenta de controle e adaptação social aos padrões do capitalismo, as concepções biologizantes e medicalizantes invadiram o ambiente escolar de forma mais explícita e avassaladora, uma vez que nessas ocasiões o espaço para essa infiltração corrosiva foi franqueado pelo próprio Estado. O papel da Psicologia no interior da

Educação estava confinado anteriormente ao ensino de Psicologia para a formação de professores na Escola Normal, que deveriam incorporar o conhecimento laboratorial produzido nas academias a partir da influência positivista francesa, responsável por determinar quais os saberes necessários para que o docente realizasse um trabalho pedagógico consistente. Essas concepções científicas eram fertilizadas inicialmente pela visão higienista e pelas práticas psicométricas, recebendo mais tarde outros enxertos da Psicanálise. A contribuição psicanalítica para as práticas pedagógicas, embora corroborasse a visão biologizante, dava de certa forma um passo para identificar nas relações familiares elementos contextuais que pudessem responder pelas dificuldades escolares, que dessa maneira não seriam apenas a consequência de "distúrbios do indivíduo". Em todas essas influências que desaguaram no campo da educação podemos identificar o selo conceitual da psicologia adaptacionista, interessada no ajustamento do indivíduo à exigências do mundo industrial e utilitário, deflagrando o surgimento de uma Psicologia Educacional alicerçada em critérios de "normalidade" e "anormalidade", características aferidas através de testes de inteligência e outros exames, permitindo que as crianças fossem classificadas e encaminhadas para atividades, programas e classes adequadas à sua capacidade de rendimento escolar (BARBOSA & SOUZA, 2012).

Nesse sentido, Souza (2011) critica as modernas propostas da psicopedagogia e da psicomotricidade, que no seu entender reapresentam sob nova roupagem os modos de compreender a criança e o insucesso escolar que são herdeiros da ideologia medicalizante, porque comprometidos com uma prática adaptacionista na qual a criança tem que ser submetida a intervenções que corrijam sua disfuncionalidade individual ou familiar e as devolvam em "condições normais" ao cenário da aprendizagem. Essas intervenções desconsideram elementos sensíveis como as relações sociais intraescolares, as questões relativas à política educacional e à formação docente, na medida em que o objetivo desses supostos profissionais de apoio educacional é atender à demanda de gestores e professores alheios ao compromisso com a inclusão social das classes subalternas. Nesse panorama todos os profissionais envolvidos se fazem signatários das práticas higienistas que aportaram na escola desde o final do século XIX.

A influência do ambiente e das relações escolares sobre a aprendizagem parece ser insignificante na percepção dos profissionais da psicopedagogia e da

psicomotricidade. Essa concepção é tão flagrante que os atendimentos normalmente são realizados em ambiente externo à escola, dando testemunho de que os princípios fundantes dessas abordagens admitem que as razões para o fracasso escolar estarão sempre “alojadas” na criança ou na sua família.

Essas duas propostas trazem outra consequência que salta aos olhos em virtude da contradição manifesta. Algumas intervenções acabam assumindo o papel pedagógico de reforço escolar, uma conjuntura nitidamente contrastante com os objetivos pretendidos. Dessa forma as consultas assumem um caráter substitutivo para inconsistências do processo ensino-aprendizagem.

Ensaiando a sua crítica a essas áreas de atuação Souza (2011) informa:

> Esses dois campos de interface de conhecimentos da Psicologia com a Educação primam por realizar **diagnósticos de caráter cognitivo, afetivo, pedagógico ou psicomotor**, propondo uma série de atendimentos e de acompanhamentos individuais da criança ou do adolescente, reforçando a ideia de que o problema do não aprender está na criança e que o tratamento ou acompanhamento ou ainda a reeducação permitirão que esta criança volte a aprender. **De perspectiva eminentemente clínica**, realizam o atendimento fora dos muros da escola, por profissionais que acabam por **complementar as habilidades educacionais que não são obtidas pela criança na escola**. (os grifos são meus)

Os dois primeiros destaques à citação demonstram que a dimensão política e social da processo educativo, com seus tensionamentos e conflitos essenciais, é sumariamente descartada nas propostas em exame. No máximo, as abordagens investigam questões familiares que interferem sobre a aprendizagem, uma vez que os aspectos afetivos poder ser analisados, em conformidade com as hipóteses diagnósticas elaboradas.

Patto (1997) e Collares & Moysés (1996) sintetizam essa discussão afirmando que o processo histórico relacionado à compreensão do fracasso escolar é permeado por duas vertentes explicativas: a teoria da **carência cultural** e a teoria das **variações na estrutura biopsicológica individual**. Essas nomenclaturas espelham a concepção preconceituosa na qual as perturbações do processo educativo são atribuídas exclusivamente ao aluno ou à sua família, uma visão

polarizada e perversa que menospreza o fato de que o processo ensino-aprendizagem é um fenômeno multideterminado. Aliás, falar em processo ensino-aprendizagem é limitar uma observação que deve considerar um conceito mais amplo denominado **escolarização**.

No depoimento apresentado por Maria Helena Souza Patto a Deborah Barbosa (BARBOSA & SOUZA, 2012), a depoente esclarece que a teoria da carência cultural foi uma estratégia do Estado norte-americano para justificar a existência de crianças negras com menor capacidade de aprender, que seriam dessa forma encaminhadas a programas compensatórios no intuito de receberam a assistência necessária à superação da sua "fragilidade intrínseca". Com essa manobra os governantes pretendiam minar a força coletiva dos movimentos de emancipação racial em eclosão exuberante naquela época.

Collares & Moysés (2011) sustentam que é exatamente nos instantes históricos mais agudos para a luta de classes que os detentores do poder se mobilizam para sufocar tentativas de insurgência, propostas de revisão de conceitos e de emancipação inscritas em um projeto de cidadania pertinente a todos os indivíduos. Para que esse movimento seja esvaziado o recurso da manipulação do debate é uma estratégia de grande utilidade:

> O processo de transformar questões sociais em biológicas, conhecido como biologização, é bastante conhecido na história da humanidade. Nos momentos de grande tensão social, de movimentos reivindicatórios importantes, a resposta da sociedade sempre foi no sentido de biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflitos. (...) Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto, inacessíveis à Educação. A isto devemos chamar **medicalização do processo ensino-aprendizagem** (COLLARES & MOYSÉS, 2011, p. 197. Os grifos são do original).

Por essa razão a escola formula uma expectativa bastante nítida para o psicólogo escolar, pois durante muitos anos a avaliação e o diagnóstico de crianças (com foco em atendimentos individualizados) foi o único tipo de intervenção realizado pelo profissional de psicologia em instituições de ensino, papel que vem

sendo criticado e que vem recebendo propostas alternativas (SANT´ANA et al, 2009).

Dessa forma, os métodos utilizados para atender à expectativa da instituição de ensino se resumem à aplicação de testes psicológicos, visando à solução dos "problemas da escola" em prazo sumário, à semelhança de uma linha de montagem industrial destinada à fabricação de laudos psicométricos para justificar o insucesso do aluno. Barbosa & Souza (2012), a partir do depoimento da Profa. Maria Helena Souza Patto, informam que a Psicologia, nos albores do seu diálogo com a Educação, na virada do século XIX para o século XX, contribuiu para que a Escola Nova fosse impregnada por um pensamento semelhante ao taylorismo, que dominava as linhas do produção industrial em todos os quadrante do mundo.

Esse perfil de atuação do psicólogo resulta em uma concepção psicologizante e patologizante da queixa escolar (SOUZA, 2000), eximindo a escola de qualquer responsabilidade pelas vicissitudes da escolarização.

Na trajetória da Psicologia, a partir dos anos 1970 iniciou-se um movimento de questionamento à Psicologia *do* Escolar, que se funda nas concepções de "aluno-problema" e "problemas de aprendizagem". Esses questionamentos recrudesceram nos 1980 e inauguraram uma fase na história da Psicologia Escolar e Educacional que Barbosa & Souza (2012) denominam "O período da crítica", tendo como marco fundamental a tese pioneira de Maria Helena Souza Patto intitulada "Psicologia e Ideologia: reflexões sobre a Psicologia Escolar", defendida da Universidade de São Paulo em 1981. Entre os anos 1980 e 1990 essas críticas medraram em solo fértil porque coincidiram com a redemocratização do Estado brasileiro, um ambiente social receptivo a propostas de reconstrução e ressignificação em diversos setores sociais, inclusive na saúde pública, conforme será analisado no capítulo 2. Por isso, a Psicologia Escolar na atualidade brasileira tem sido denominada Psicologia Escolar Crítica, uma abordagem que se debruça sobre outros enfoques. Não é mais do interesse dos autores contemporâneos "a criança que não aprende" nem os "problemas de aprendizagem", mas o processo dinâmico e amplo da escolarização, que remete ao princípio de que os atores sociais envolvidos no processo educativo contribuem de forma voluntária ou não para a **produção do fracasso escolar**, que origina a **queixa escolar**, fenômenos que estão na pauta de pesquisa-ação da Psicologia Escolar e Educacional. (SOUZA, 2011; BARBOSA & SOUZA, 2012).

É necessário, portanto, desenvolver uma práxis pedagógica para o enfrentamento da queixa escolar, superando o período da crítica, produzindo alternativas para o modelo clínico e reeducativo e abrindo espaços para experiências de intervenção concretas e exitosas que servem de referência, devendo ganhar visibilidade entre os psicólogos e todos os profissionais envolvidos com a Educação. Essas experiências merecem também uma maior difusão social. É prioritária a ruptura com as propostas adaptativas que insluflaram a Psicologia em seu desenvolvimento histórico, ao mesmo tempo em que se faz indispensável desconstruir a culpabilização dos alunos e de suas famílias pela ocorrência do insucesso escolar (SOUZA, 2009).

O debate que se instala demonstra inequivocamente a necessidade de se desenvolver outro olhar sobre as questões em torno da queixa escolar, ultrapassando a fronteira imposta pelas vertentes explicativas mencionadas por Patto (1997) e Collares & Moysés (1996), na medida em que elas apontam para defecções biológicas do indivíduo ou do meio em que ele vive, excluindo outros aspectos que compõem a questão. Não significa, por exemplo, que nenhum aluno com supostas dificuldades escolares jamais terá comprometimentos orgânicos que interfiram na escolarização. O ponto crítico é o aprisionamento em ferramentas de psicodiagnóstico que não são suficientes para uma abordagem consistente de toda a complexidade do fenômeno, ferramentas que são manuseadas por segmentos da sociedade interessados no silenciamento do debate político-pedagógico. No intuito de decodificar as causas do fracasso escolar os profissionais de Saúde e de Educação tradicionalmente tendem a eleger as escalas de avaliação e os exames clínicos como únicos meios para tentarem se aproximar de uma conclusão satisfatória, em detrimento daqueles que têm por base a dimensão sócio-histórica que nos caracteriza.

A partir dos testes psicológicos e dos exames clínicos, que referendam a postura biomédica no manejo da queixa escolar, a prescrição de medicamentos é uma decorrência previsível, assumindo o status de solução terapêutica pretensamente rápida e eficaz.

Esse movimento ganha densidade na medida em que as áreas de Saúde e Educação estreitam suas relações, o que vem acontecendo de forma intensa no Brasil, principalmente por causa da inserção no serviço público de profissionais de

diferentes categorias da área de Saúde, cobrindo territórios nos quais existem populações que também frequentam as escolas públicas locais.

É primordial que os psicólogos e profissionais de outras áreas, como Saúde e Serviço Focial, considerem que ao abordar a queixa escolar os seus saberes e formas de intervenção estarão a serviço do campo da educacional, e não o contrário, que é exatamente o que parece ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde em que funciona a Estratégia Saúde da Família, como será analisado no capítulo 3.

Como uma forma de síntese da abordagem que os autores contemporâneos propõem, é possível concluir que

> (...) a função do psicólogo escolar é de modo crítico buscar ir às origens e raízes do processo de escolarização, compreender suas diferentes facetas, incluir em seu trabalho uma atuação junto ao aprendiz, aos docentes, à família, à escola, à Educação como um todo e à sociedade em que está inserida. (...) O trabalho do psicólogo é ter como principal tarefa buscar otimizar situações que envolvam os processo de escolarização a partir de uma prática com o coletivo e o individual concomitantemente (BARBOSA & SOUZA, 2012).

Essa postura técnica e ética deve ser assumida por qualquer profissional, de qualquer área do saber, desde que esteja comprometido com uma Educação libertadora, que não se submete aos impositivos do saber médico aparelhado pelas classes dominantes.

1.3. O Impacto Social da Educação Medicalizada

Na tentativa de realizar uma crítica à expansão do processo de medicalização, em especial o uso indiscriminado de psicofármacos em situações de queixa escolar, foi criado o Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, coletivo que tem contribuído para uma visão crítica e criteriosa do tema e que busca desenvolver estratégias de enfrentamento de dificuldades, proporcionando reflexões que dão sustentação ao manejo adequado da queixa escolar.

Considerando as motivações históricas que respondem pelo surgimento da **abordagem medicalizadora**, que se insinua e se corporifica em detrimento da

abordagem emancipadora do sujeito, a posição que assumimos é coerente com o Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade.

Para tornar mais compreensível a ressonância do Fórum na sociedade, é necessária uma breve explicação acerca dos seus princípios, sua estrutura, funcionamento e repercussão.

Criado no dia 13 de novembro de 2010 durante o I Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos", o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade congrega diversas pessoas e entidades que se identificam com os seus princípios norteadores.

Além da reunião periódica com todos os membros, o Fórum possui uma organização difusa baseada em grupos de trabalho (GT´s) e em núcleos regionais, que proporcionam uma maior disseminação das ações propostas.

Acompanhando os movimentos do Fórum em São Paulo a partir de abril de 2012 pude constatar que em seu planejamento para este referido ano consta uma ampla pauta de articulações com outras categorias e conselhos profissionais, sobretudo das áreas de saúde e educação. Um dos objetivos é fomentar a divulgação das ideias do Fórum em veículos de comunicação de massa. Várias atividades desse teor já estão em andamento desde o ano de 2010. Representantes de movimentos sociais e sindicais participam do Fórum e integram atividades efetuadas para acessar instâncias do poder público nos três níveis (federal, estadual e municipal), no intuito de debater questões relativas à medicalização.

Entre as articulações desenvolvidas em solo brasileiro o Fórum está iniciando uma aproximação gradual e promissora com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação. Ao lado de integrantes do Fórum Nacional de Entidades de Psicologia (FENPB), no dia 03 de maio de 2012 representantes do Fórum sobre Medicalização reuniram-se com o Ministro da Educação Aloizio Mercadante, que prometeu apoio através da divulgação de conteúdos relativos à luta contra medicalização na página eletrônica do Ministério, além de ter se comprometido com a realização de outras atividades em conjunto com o Fórum. Esse compromisso assumido por um órgão Federativo de tal importância indica que o movimento vem atingindo um grau expressivo de influência política, que constitui um objetivo central do Fórum.

Na própria cidade de São Paulo uma vitória política merece destaque. O Poder Executivo sancionou a Lei nº 15.554 que cria a Dia Municipal de Luta contra a

Medicalização na Educação, cuja data (11 de novembro) agora faz parte do calendário oficial do município. Não é difícil imaginar que a tramitação dessa matéria no Poder Legislativo local foi espinhosa. Depoimentos apresentados no Fórum revelaram, em reunião do dia 12 de maio de 2012, que os vereadores médicos se colocaram inicialmente contra a aprovação da lei, demonstrando um franco desconhecimento do conceito de medicalização e das consequências danosas que este fenômeno pode produzir. Os referidos vereadores criticaram a proposta qualificando-a de omissão administrativa, por considerarem que crianças com alterações de saúde não devem ser privadas do atendimento integral. A contestação obrigou o autor da lei a um verdadeiro contorcionismo argumentativo, até que os vereadores compreenderam que o texto não propunha a suspensão do uso, mas propugnava a interdição do abuso em matéria de tratamento medicamentoso para crianças com queixas escolares, através de cuja medida a exposição indiscriminada do organismo infantil aos fármacos pode ser minimizada.

Isso nos remete ao fato de que foi sugerida no Fórum uma ação de conscientização sobre o uso racional de medicamentos dirigida a médicos recém-formados, principalmente os atuantes em Unidades Básicas de Saúde e em serviços de Pronto Atendimento vigentes no município de São Paulo, como é o caso do AMA (Atendimento Médico-Ambulatorial). A ideia é ampliar o debate com a classe médica e sensibilizar os novos profissionais, egressos das instituições de ensino superior e com pouca (ou nenhuma) informação sobre o tema da medicalização. Frequentemente eles reproduzem o modelo medicalizante que orienta a sua formação durante a graduação, tendo como consequência a adoção do modelo biologizante que pode desaguar em episódios de iatrogenia medicamentosa.

Contudo, a própria ação sugerida acima (formulada por um profissional da medicina presente no Fórum) denuncia uma visão distorcida que alguns médicos possuem sobre o significado da luta contra a medicalização. Vislumbrar a possibilidade do uso racional de medicamentos é uma medida que apenas tangencia o problema. Mesmo que seja alcançado o objetivo do uso racional, essa concepção está localizada na camada mais superficial do debate. Ao exumar as raízes mais profundas da questão entendemos que a medicalização é um fenômeno socialmente construído e com forte influência de interesses econômicos de grande vulto, o que transporta o tema para o território político, não ficando restrito a princípios de

semiologia e terapêutica. A proposta evidencia que existem no Fórum algumas variantes conceituais relativas à abordagem da medicalização.

Para sanar as dificuldades geradas por eventuais divergências de conceito entre os membros do movimento, Maria Aparecida Affonso Moysés, professora titular do Departamento de Pediatria da Unicamp, propôs que o Fórum realizasse internamente, com certa periodicidade, uma discussão teórica a respeito dos seus pilares de sustentação, garantindo a consistência e a unidade apresentadas nas ações e participações dos membros em eventos pelo Brasil. Na ocasião ficou decidido que a proposta será melhor analisada em outros encontros que serão realizados ainda no ano de 2012. É evidente que um dos entraves para essa proposta é a exiguidade do tempo, uma vez que a reunião do Fórum sempre conta com uma pauta bastante inflada para o planejamento e avaliação de ações.

Muitos movimentos passam por essa necessidade de redimensionar seus parâmetros de trabalho. Discussões sem aproveitamento prático se transformam em um bucólico encontro de amigos, enquanto ativismo sem reflexão crítica vai produzindo aos poucos um movimento anêmico e destituído de sentido.

Face à premência da unidade conceitual, a realização do I e do II Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, em 2010 e em 2011, respectivamente, teve por finalidade apresentar à sociedade a produção acadêmica de importantes pesquisadores do tema da medicalização, ao mesmo tempo em que permitiu o levantamento de questões pertinentes ao movimento, numa tentativa de fomentar o consenso entre os membros do Fórum, razão pela qual o I Seminário foi desdobrado em um livro que recebeu a chancela do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e que se encontra na iminência de ser vertido ao idioma espanhol. O registro audiovisual do II Seminário também será encaminhado aos autores para a confecção de um segundo livro sobre o tema.

O impacto das ações do Fórum já ultrapassa as fronteiras do país e se insinua no plano internacional, solidificando parcerias que aglutinam argumentos científicos e forças políticas contra a medicalização. Um dos melhores exemplos é o movimento de aproximação do Fórum com entidades do Mercosul que revelam interesse na questão em apreço. Contatos produtivos com o Fórum de Altas Autoridades em Direitos Humanos no Mercosul já apresentam significativos desdobramentos. Um deles é a divulgação da Carta sobre Medicalização da Vida, documento elaborado

em conjunto por ocasião de um evento promovido em Buenos Aires nos dias 30 de abril a 01 de maio de 2012. Outra consequência importante é a ampliação da iniciativa internacional de questionamento ao DSM, Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, que orienta o trabalho clínico de psiquiatras em todo o mundo e influencia o pensamento científico na área de psiquiatria.

Como não poderia deixar de acontecer, ao mesmo tempo em que o Fórum aciona diferentes atores sociais para atingir os objetivos traçados, posições favoráveis à medicalização estão eclodindo em alguns segmentos da sociedade. Essas opiniões diametralmente opostas ao Fórum são emitidas por setores que se beneficiam com a lógica da psiquiatrização da vida.

Embora qualquer pessoa possa participar das suas discussões, somente se inscreve na lista de contatos e articulações aquele que declarou publicamente a sua adesão aos princípios da luta contra a medicalização da vida, declaração que deve ser encaminhada aos organizadores do Fórum através da sua página na internet. Partindo do pressuposto de que um conflito de interesses pode deteriorar a credibilidade do movimento, o critério de inclusão por meio da adesão pública reduz a probabilidade de indivíduos não comprometidos com a causa se inserirem no contexto do Fórum. O cuidado com a preservação da unidade é tão crucial que foi aventada a hipótese de serem discutidos critérios de exclusão para indivíduos já integrados, considerando possíveis envolvimentos de participantes do grupo em movimentos antagônicos ao Fórum.

Souza (2009) sintetiza o seu pensamento em relação ao compromisso de quem se candidata ao desafio de enfrentar a queixa escolar:

> O compromisso profissional do psicólogo com uma concepção política emancipatória também implica uma ética profissional que reside na indignação diante da humilhação e das práticas disciplinares e pedagógicas que retiram do sujeito o seu *status* de ser humano. Ao considerar a não naturalização das ações humanas, das práticas sociais e pedagógicas, essa ética possibilita o aprofundamento da crítica teórico-metodológica no campo do conhecimento da Psicologia. As perspectivas de uma área profissional como a Psicologia Escolar e Educacional **estão, necessariamente, articuladas às respostas que pudermos**

> **produzir aos desafios postos pelas demandas sociais e institucionais.** (os grifos são meus)

Uma vez que este trabalho aborda a medicalização da queixa escolar nos meandros da interface Saúde-Educação, a compreensão desse contexto exige a descrição e a crítica da Estratégia Saúde da Família, que se insere como o serviço balizador da assistência em saúde no Brasil. Analisando o SUS e a ESF como instituições que carregam em seu bojo demandas específicas, conforme sugerido na citação acima, será factível identificar se os profissionais das equipes de saúde da família e do NASF ostentam essa indignação diante da humilhação imposta pelo fracasso escolar ou se reforçam a conjuntura perversa que ganha cidadania a partir da naturalização da exclusão social.

Ao longo do capítulo 1 encontram-se enunciados sugestivos de que as vicissitudes da escolarização só podem ser investigadas mediante criteriosa análise dos componentes pedagógicos, políticos e culturais do campo da Educação. Da mesma forma o atendimento à queixa escolar no âmbito da ESF deve ser escrutinado através da reflexão sobre a tessitura histórica e política do sistema de saúde brasileiro. É o que será feito no capítulo seguinte.

"A concepção teórica de que o fracasso escolar é produto da escola resgata pelo menos duas grandes questões para o psicólogo e para a formação de profissionais que atuam no campo da educação escolar: a primeira referente ao posicionamento político de compromisso com o excluído."

Marilene Proença Rebello de Souza

2. SAÚDE PÚBLICA: A VISÃO BIOLOGIZANTE E A INCLUSÃO SOCIAL

2.1. Saúde Pública Brasileira no Século XX

A história da saúde pública no Brasil coleciona muitos enfrentamentos.

Em decorrência de ser uma colônia de exploração, destituída de qualquer projeto de povoamento, o Brasil experimentou mais de trezentos anos de subserviência à civilização europeia sem poder contar com nenhuma forma de assistência à saúde da população.

Segundo Polignano (2008), até a metade do século XIX a agenda da saúde pública brasileira estava restrita à saúde portuária e à organização das juntas municipais de saúde, garantindo a implantação e a continuidade de medidas de controle sanitário na capital carioca, o centro de decisão do Império Português.

No início do século XX não havia oferta de serviços de saúde gratuitos para a população, que sofria principalmente com a disseminação das doenças infectocontagiosas. Somente alguns poucos indivíduos eram beneficiados com serviços de saúde oferecidos por instituições religiosas e filantrópicas, que assumiam um papel paliativo e ao mesmo tempo insuficiente para o volume da demanda (RODRIGUES & SANTOS, 2009).

Nesse período histórico o país alicerçava sua economia na agricultura de exportação, fundamentada no comércio de açúcar e de café (RONCALLI & SOUZA, 1998). Epidemias diversas, como a de febre amarela, colocavam constantemente o Brasil em uma situação de risco potencial, sobretudo para a produção cafeeira, uma vez que notícias a respeito do alastramento de doenças provocavam um grande temor nos comandantes de navios estrangeiros, que decidiam não atracar nos portos brasileiros, diminuindo o aporte de mão-de-obra imigrante para a lavoura (SCLIAR, 1987).

Por esta razão, esporadicamente os gestores públicos eram obrigados a intervir em ocorrências de epidemia. Tais intervenções não visavam ao atendimento de um desejável compromisso com a população, mas pretendiam apenas sanar dificuldades que pudessem deteriorar os alicerces da economia. O governo realizava vistorias sanitárias em estradas e portos, principalmente o de Santos e o do Rio de Janeiro, lugares destinados ao trânsito de produtos comercializáveis.

Foi exatamente para operacionalizar essa proposta de garantia da integridade econômica do país, que surgiram no Brasil programas saneamento e de prevenção a doenças infectocontagiosas.

No Rio de Janeiro o médico e cientista Oswaldo Cruz, assumindo o cargo de Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, protagonizou um dos episódios mais esdrúxulos da História da Saúde Pública no Brasil. Naquela época, cortiços localizados na região central da cidade formavam uma aglomeração urbana desordenada e desassistida. Até hoje, tanto no Rio quanto em São Paulo, existem resquícios do grande contingente populacional encortiçado que havia no início do século XX. Em uma intervenção radical o sanitarista ordenou que 1.500 pessoas invadissem casas, queimassem roupas e colchões da população residente nos cortiços, numa operação destituída de qualquer caráter educativo. Sentindo-se violentados em seus direitos, os residentesmanifestaram a sua objeção à medida truculenta. O conflito atingiu o seu clímax por causa da vacinação obrigatória contra a varíola, realizada através do uso da força, à revelia da vontade da população, que respondeu ao governo tomando as ruas da cidade e iniciando uma reação incisiva, depredando lojas, entrando em confronto com a polícia, incendiando bondes e fazendo a prefeitura local declarar estado de sítio, uma manifestação que ficou conhecida como a revolta da vacina.

Após este episódio Oswaldo Cruz foi afastado de suas funções (INDRIUNAS, 2008).

Essa forma de intervenção, com perfil nitidamente militar, foi denominada campanhista. Mesmo sendo permeado por um espírito coercitivo e totalitário, o modelo de intervenção campanhista alcançou êxitos inegáveis no manejo de epidemias, o que o credenciou a se tornar uma proposta norteadora das ações em saúde ao longo de grande parte do século XX.

O trabalho de Oswaldo Cruz deixou os seguintes legados estratégicos (POLIGNANO, 2008):

- A utilização do laboratório no diagnóstico etiológico;
- O registro de dados demográficos sobre a população enfocada nas ações de controle epidemiológico;
- A fabricação de produtos profiláticos para um grande contingente populacional.

O médico e cientista Carlos Chagas se valeu de muitas conquistas de Oswaldo Cruz para elaborar ações continuadas de educação em saúde (INDRIUNAS, 2008).

Os resultados obtidos nas metrópoles estimularam as autoridades sanitárias a lançar mão do mesmo perfil de trabalho para combater doenças rurais, considerando a necessidade de proteger o ambiente no qual se localizava a mais expressiva forma de riqueza nacional daquele período: a agricultura (POLIGNANO, 2008).

Um dos grandes obstáculos para a saúde pública sempre foi o seu financiamento, que experimenta um desequilíbrio causado pela permanência de diversos cidadãos brasileiros na informalidade, à margem do sistema de contribuição baseado na renda individual. Analisar o surgimento da Previdência Social é indispensável para entender os primeiros movimentos de oferta de serviços de saúde, que estavam atrelados à contribuição previdenciária dos trabalhadores.

O agronegócio dos primórdios do século XX gerou condições econômicas para iniciar o processo de industrialização do Brasil, sobretudo nos estados de São Paulo e do Rio de janeiro. Concomitantemente houve uma inflação dos aglomerados urbanos e uma maior participação de imigrantes europeus na produção industrial, trazendo dos seus países de origem a longa experiência acumulada nesta modalidade de produção de bens e de movimentação da economia.

Nos primeiros instantes da industrialização os operários não contavam com nenhum tipo de proteção legal na relação com seus empregadores, não usufruindo de direitos como pensão ou aposentadoria. A situação era frontalmente contrária ao contexto de conquista de direitos vivenciado pelos imigrantes europeus, principalmente os italianos. A partir daí os trabalhadores se mobilizaram para constituírem uma nova força social no Brasil, a classe operária, que se engajou em uma luta tenaz por garantias trabalhistas e melhores condições de vida. Para demonstrar a capacidade de articulação da classe operária foram deflagradas duas greves gerais de abrangência nacional: uma em 1917 e outra em 1919.

A Lei Eloi Chaves, no ano de 1923, fez surgir o primeiro esboço do que atualmente denominamos Previdência Social: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram geridas em conjunto por patrões e empregados. A princípio elas foram organizadas em empresas de sumo interesse para o país, como empresas portuárias e de transporte ferroviário. Todo trabalhador que contribuísse regularmente com a CAP relativa à sua empresa teria, ao final da vida, benefícios como aposentadoria e serviços médicos. Quem não contribuísse não poderia contar

com nenhum benefício. O Estado não interferia na gestão das CAPs, limitando-se a determinar quais as pessoas que iriam presidi-las. Havia um interesse notório do governo em perpetuar esse sistema de seguro social que isentava a máquina estatal de se comprometer com a prestação de serviços para a população (RONCALLI & SOUZA, 1998). De qualquer forma, é através das CAPs que surge o primeiro modelo de assistência médica na história da saúde pública brasileira.

A assistência médica era um benefício considerado essencial no conjunto de serviços oferecidos pelas CAPs, que contavam com uma estrutura de serviços específicos para cada empresa (MENDES, 1993 apud RONCALLI, 2003).

Ao considerarmos o cenário político-econômico e a organização da classe operária, travando uma batalha incessante por direitos e garantias, as CAPs representaram uma tentativa estatal e patronal de demonstrar atenção às causas sociais, muito mais para dar uma resposta apaziguadora do que por compromisso com o bem estar geral (POLIGNANO, 2008).

A partir de 1930 as contribuições previdenciárias passaram a ser geridas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esse novo dispositivo, além de dividir os trabalhadores segundo o critério de categorias profissionais, também contava com uma contribuição mais expressiva do Estado.

Uma ocorrência marcante nesse período é que os gestores dos IAPs iniciaram um processo de redução de despesas, fazendo com que a assistência à população fosse relegada a um patamar de menos-valia. E o acúmulo de capital determinava a formação de um caixa robusto, dotando a Previdência de meios para dar suporte aos interesses do governo federal (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998).

É forçoso compreender que a criação dos IAPs guarda estreita relação com as transformações sofridas pelo país durante a revolução de 1930.Neste momento histórico Getúlio Vargas assumia o poder enquanto o Brasil testemunhava os estertores das oligarquias rurais. Era necessário criar uma alternativa à economia agroexportadora em fase declínio. Imediatamente foi realizada uma significativa reforma político-administrativa no país, desaguando na Constituição de 1934 e na ditadura do Estado Novo, em 1937. A partir daí o governo federal, à feição de qualquer poder totalitário, assumiu uma postura centralizadora e movimentou a máquina estatal para que ela interferisse ainda mais em diversos campos da vida nacional, sobretudo nas políticas públicas (BERTOLLI FILHO, 1998 apud RONCALLI, 2003). Por isso, ao detectar o grande volume de contribuições recolhido pelos IAPs, o

governo vislumbrou a possibilidade de utilizar a vultosa soma em setores estratégicos, o que deu início ao criticado financiamento da industrialização brasileira com recursos provenientes da Previdência, acentuando a precariedade da assistência médica e dos demais benefícios a que tinham direito os trabalhadores ao final de sua vida produtiva.

Os trabalhadores fortaleciam cada vez mais a sua articulação de classe e tentavam se insurgir contra posturas de depreciação das condições de trabalho e de vida. No intuito de minimizar esses tensionamentos recorrentes o governo adotou medidas para cooptar a classe trabalhadora, embora não estivesse de fato interessado em dar uma contribuição consistente para solucionar os impasses. Getúlio Vargas abordava questões pontuais, mas não se candidatava ao enfrentamento de problemas estruturais (OLIVEIRA & SOUZA, 1997). Uma dessas medidas de contenção de crises foi a criação do Ministério do Trabalho, que favorecia o surgimento de sindicatos e instaurava normas para formalizar a organização dos trabalhadores.

Devido à ascensão do capital industrial, que aos poucos foi substituindo a hegemonia agroexportadora, asintervenções sanitárias estatais sofreram uma modificação na sua estratégica de ação. Os lugares destinados ao trânsito de produtos de exportação (estradas e portos) já não eram o alvo preferencial das medidas de controle de epidemias, que agora se voltavam para o cuidado com o trabalhador da indústria, dentro de uma perspectiva utilitária segundo a qual o adoecimento do operário implicava em desaceleração e prejuízo na produção (MENDES, 1993; OLIVEIRA & SOUZA, 1997).

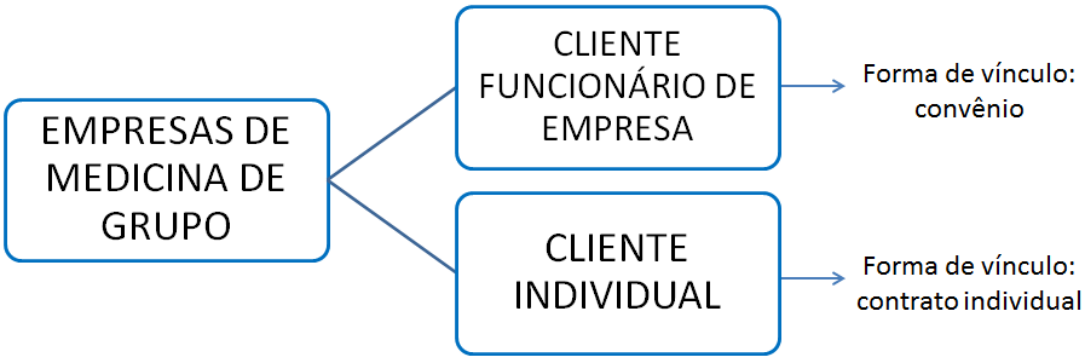
Por esta razão as intervenções de característica campanhista atingiram o seu ápice nesse período do início do século XX, no qual surgiram diversos serviços de saúde pública de abrangência extensa, como o Serviço de Malária do Nordeste e o Serviço Nacional de Febre Amarela. Em 1942 o governo federal iniciou as atividades do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atribuindo-lhe a função de promover campanhas em lugares distantes dos grandes centros urbanos, sempre sob o enfoque de prevenir qualquer intercorrência que trouxesse danos à economia. (CUNHA & CUNHA, 1998).

Ao final da Segunda Guerra Mundial o presidente Getúlio Vargas foi destituído do poder. Movimentos pelo retorno da democracia resultaram na promulgação da Constituição de 1945 e na ascensão do General Dutra à presidência. Cinco anos

depois Vargas reassumiu a presidência e pôs em prática uma visão de saúde que reproduzia o modelo utilizado pelos Estados Unidos, baseado em hospitais de grande porte, em um aparato médico-tecnológico de alta complexidade e em serviços centralizados nesses hospitais, em detrimento do desenvolvimento loco-regional por meio de unidades básicas que apresentam baixo custo e conseguem abordar de forma eficaz os problemas mais frequentes da população.

Por isso, na segunda metade do século XX as lacunas existentes na oferta de serviços públicos de saúde propiciaram o surgimento de instituições empresariais de medicina de grupo. Ocorre que muitos IAPs ergueram hospitais próprios, mas depois de certo tempo as empresas passaram a desaprovar o atendimento oferecido e optaram por contratar instituições particulares, que invadiram o mercado através de convênios com empresas de diferentes setores, disponibilizando aos seus funcionários um elenco variado de serviços médicos (PERES, 2008).

No transcorrer do tempo essas empresas de medicina de grupo decidiram captar clientes fora do âmbito do convênio, em contratos de prestação de serviço desvinculados do sistema patronal. O esquema 2 reproduz as formas de implantação experimentadas por essas empresas privadas de saúde.



Esquema. 2 – Empresas de medicina de grupo inseridas no modelo médico-assistencial privatista.

Tanto a proposta sanitária de Getúlio Vargas quanto o trabalho das empresas de medicina de grupo operam segundo a lógica do modelo médico-assistencial privatista, orientada pela visão biomédica de saúde. Essa visão era a capaz de atender ao imediatismo de uma população ansiosa pelos ares da modernidade

Assim, diante dos debates empreendidos para questionar as práticas de saúde pública adotadas pelo governo federal, que mereciam ser cotejadas com outras

propostas para aferir a sua validade e eficácia, todas as peças do tabuleiro político se movimentavam no sentido de criar paulatinamente um modelo de atenção à saúde que ostentava um perfil hospitalar, curativo e centralizado (VASCONCELLOS, 1995).

Do final da Segunda Guerra Mundial até 1964, início do regime militar no Brasil,uma medida político-administrativa que esteve em pauta foi a necessidade de unificar os IAPs, visando ao fortalecimento e à organização do sistema de Previdência (INDRIUNAS, 2008). Pelo fato dos IAPs se restringirem a categorias profissionais específicas, muitas delas se articulando através de uma estrutura sindical de maior densidade para representá-las, era importante oferecer a todas as classes de trabalhadores do espaço urbano a mesma qualidade de serviços previdenciários (POLIGNANO, 2008). Em consequência, no ano de 1960 o presidente Juscelino Kubitschek sanciona a Lei Orgânica da Previdência Social, que reúne os IAPs e coloca todas as classes de trabalhadores sob a influência da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A exceção eram os trabalhadores do campo, os funcionários públicos e os empregados domésticos, cuja proteção e benefícios não estavam previstos pela nova legislação. A partir daí os serviços de Previdência passam a ter um financiamento tríplice: dos trabalhadores, do segmento patronal e do Estado. No entanto, as determinações legais representaram o papel de letra morta por alguns anos, até que em 1967 a lei foi desengavetada. Os IAPs foram efetivamente unificados e os trabalhadores puderam celebrar o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Quanto mais se difundia a importância de contribuir com a Previdência para garantir as várias modalidades de assistência disponibilizadas pelo Estado, maior era o número de adesões ao vínculo empregatício formal, regido pela CLT. Como a década de 1970 foi caracterizada por um acentuado desenvolvimento econômico e o número de benefícios pagos ainda era ínfimo, mais dilatado se tornava o montante de recursos que a Previdência acumulava.

Quando o contingente de contribuintes tornou-se elevado a assistência médica previdenciária não possuía estrutura para ser responsiva às necessidades de toda a população. O regime militar precisou deliberar quanto ao manejo dos seus recursos e resolveu contratar serviços da iniciativa privada para evitar a repressão de demandas. Na tentativa de concretizar este objetivo surgiu em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que fomentou a reforma e a extensão do

número de hospitais conveniados que prestariam serviço para a Previdência, constituindo um episódio polêmico de financiamento da esfera privada através de recursos públicos.

De tal forma o sistema exigiu atualização para ganhar novo fôlego que em 1978 foi implantado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), exercendo um papel preponderante na transferência de verbas para iniciativa privada, a soldo dos contratos assinados entre o governo e as empresas de serviços de saúde.

Esse generoso financiamento estatal das empresas médicas continua provocando severas críticas por parte dos sanitaristas. Entre os anos de 1969 e 1984, a quantidade de leitos privados atingiu a cifra de 500% de crescimento. (INDRIUNAS, 2008).

A partir dos anos 1980 essa estrutura de serviços médico-previdenciários começou a apresentar rupturas e insuficiência de respostas. Além disso, inverteu-se a polaridade na balança que representava o delicado equilíbrio entre a prestação dos serviços e o seu financiamento. Se anteriormente havia expressiva arrecadação e custo reduzido, já que os jovens contribuintes permaneciam em plena atividade profissional, agora os beneficiários do sistema entravam na fase em que deveriam receber os proventos de tudo aquilo que haviam pago à Previdência enquanto faziam parte da população economicamente ativa.

Diante de um sistema em declínio funcional e da suspeição provocada pela relação espúria entre o público e o privado, os anos 80 assistiram à eclosão de movimentos por uma política pública de saúde coerente com os novos tempos, que colocasse os serviços de saúde e Previdência Social à disposição de todos os cidadãos brasileiros. Entre esses movimentos destaca-se o Movimento Sanitário, que teve suas raízes em debates realizados ainda na década de 1970, capitaneados por professores e estudantes universitários, bem como por trabalhadores e usuários dos serviços públicos de saúde. A atuação desse movimento foi decisiva na reconfiguração da saúde no Brasil (RONCALLI & SOUZA, 1998).

As ações do movimento sanitário produziram a Reforma Sanitária, que pode ser traduzida como a criação de um sistema de saúde universal e habilitado para atender a todas as necessidades da população, conforme analisaremos mais adiante.

Vários episódios podem ser evocados para o estabelecimento de uma cronologia da Reforma Sanitária Brasileira. Em uma iniciativa pioneira os responsáveis pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) realizaram I Simpósio Nacional de Política de Saúde, no qual debateram com diversos setores da sociedade uma proposta para que o sistema de saúde fosse reformulado. Durante o Simpósio a expressão "Sistema Único de Saúde" já estava presente nas cogitações do movimento sanitário. Ela enfeixava um elenco de ideias inspiradas em sistemas de saúde que obtiveram sucesso em muitos países, somando-se a isso as ações de atenção primária implementadas no Nordeste Brasileiro através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Em 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, articulada pelos integrantes do movimento sanitário. O evento pretendia ampliar as ações de atenção primária, reafirmando as propostas levantadas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada dois anos antes em Alma-Ata (União Soviética). Durante a VII Conferência os organizadores propuseram um plano denominado PREV-SAÚDE, que continha metas muito ambiciosas para reestruturar o sistema, estendendo os serviços a um número mais amplo de usuários e alterando as normas para o estabelecimento de parcerias da Previdência Social com as empresas médicas. Como o plano afetava diretamente o repasse de verbas à iniciativa privada, a forte oposição ao PREV-SAÚDE obrigou os seus idealizadores a reformular o projeto inicial, o que implicou em alterações que o descaracterizaram por completo (RONCALLI & SOUZA, 1998; TANAKA & RESENBURG, 1990).

As críticas do Estado e das empresas privadas ao PREV-SAÚDE não poderiam ficar na esfera da rejeição sumária. Esse comportamento seria politicamente temerário porque denunciaria os interesses subalternos dos opositores do projeto. Por isso, em 1981 o governo solicitou que o CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) elaborasse um plano substituto, surgindo então o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Mediante a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), o plano proposto pelo CONASP trazia em seu bojo alguns elementos sugeridos pelo movimento sanitário, permitindo um processo de universalização do atendimento hospitalar e ambulatorial e propiciando à população um maior acesso a serviços dos três níveis de complexidade na atenção à saúde (RONCALLI, 2003; TANAKA & RESENBURG, 1990).

> Em síntese, as transformações planejadas no início da década de 80, que foram iniciadas com a formulação de uma proposta tecnicamente bem elaborada e 'ambiciosa', de mudança no modo de produção do setor saúde, não tiveram o necessário respaldo político para a sua efetivação." (TANAKA & RESENBURG, 1990).

Através das AIS foram inauguradas as atividades das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), coletivos que deram origem aos Conselhos Municipal, Estadual e Federal de Saúde, atualmente em vigência no SUS. Também podemos atribuir a essas Comissões o papel de mediadoras do surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um modelo embrionário para a estruturação posterior do SUS (RONCALLI & SOUZA, 1998).

Na segunda metade da década de 80 foi anunciada a formação da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), que teria a tarefa de redigir a Constituição brasileira do período de redemocratização que se seguiu ao regime militar iniciado 1964. A promulgação de uma nova Constituição era uma oportunidade ímpar para consolidar os avanços obtidos na esfera das políticas públicas. Por isso, os atores do movimento sanitário se articularam para realizar a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que ocorreu em Brasília no ano de 1986 e que certamente foi um momento limítrofe na cronologia da Reforma Sanitária brasileira. (RONCALLI, 2003).

Estavam presentes na Conferência forças sociais de diferentes segmentos, totalizando cerca de cinco mil integrantes, cujo esforço coletivo estabeleceu os fundamentos para a criação do Sistema Único de Saúde.

O relatório da Conferência, apresentado em 1987 na Assembleia Nacional Constituinte, propôs que os serviços de saúde deveriam ser oferecidos a qualquer cidadão vivendo em solo brasileiro, determinando que o Estado seria o responsável por garantir o usufruto desse direito (BRASIL, 1986).

2.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

Quando foi promulgada em 1988 a Constituição Federativa do Brasil o país passou a contar com um documento que assegura os direitos e deveres individuais e coletivos que regulam a vida na sociedade brasileira. A Constituição acolheu as propostas do movimento sanitário e inseriu no capítulo relativo à Seguridade Social

as principais reivindicações formuladas pela VIII Conferência, preconizando que a saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado, um princípio que se coloca acima dos limites impostos por quaisquer concepções político-partidárias. Significa dizer que o SUS se tornou uma política de Estado, salvaguardado das intermitências inerentes às diferentes plataformas dos governos que se sucedem. Para isso a Constituição prevê diretrizes inamovíveis no processo de implantação e de funcionamento do SUS.

A partir desse instante o modelo de saúde proposto para atender às necessidades da população se contrapõe à lógica do modelo médico-assistencial. Os dois modelos divergentes coexistem na sociedade brasileira em virtude de suas características histórico-culturais e político-econômicas, uma vez que nos encontramos em uma sociedade de perfil capitalista que abona os investimentos privados em qualquer setor de atividade, inclusive na saúde.

Embora previsto na Constituição de 1988, em seu artigo 198, o SUS só foi regulamentado através da Lei 8.080, de em 19 de setembro de 1990.

Devido a vetos considerados pelo Poder Executivo como necessários para a sua aprovação, o texto sofreu alterações em aspectos cruciais, experimentando distorções de sentido que a transformaram em um instrumento jurídico ineficaz. Por essa razão foi sancionada no mesmo ano a Lei 8.142, responsável pela reinserção dos elementos que haviam sido excluídos. As duas publicações são denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

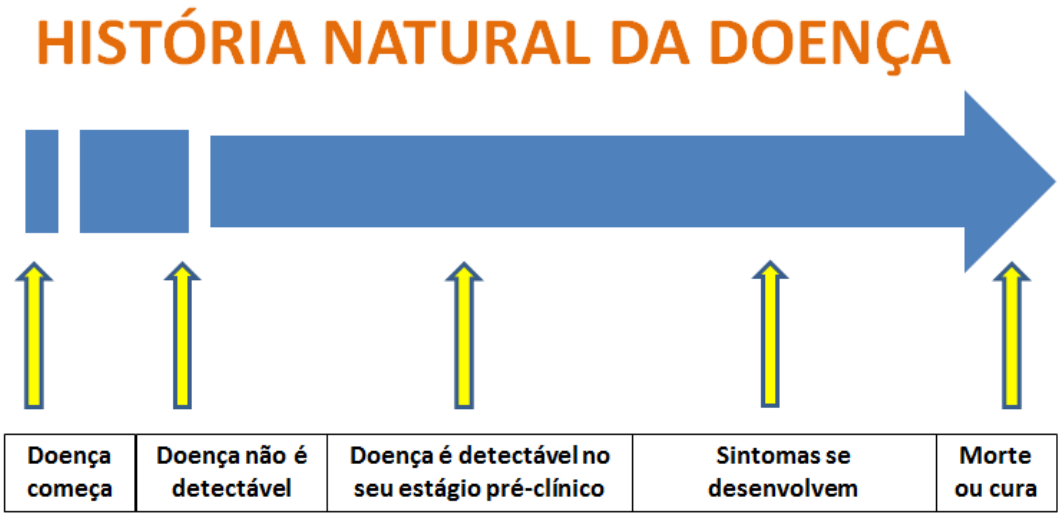
Constituindo uma conquista coletiva do movimento popular de saúde que se originou na década de 1970, conforme já descrevemos, o SUS ostenta princípios doutrinários e diretrizes organizativas.

Os princípios doutrinários se referem à base filosófica que norteia o oferecimento dos serviços do SUS à população, estabelecendo a forma de relacionamento entre o Estado e o usuário dos serviços de saúde. Portanto, a justificativa para esses princípios é identificar o SUS como a tradução de um modelo de saúde que reitera o compromisso inelutável do setor estatal em favorecer a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

O princípio da **universalidade** proclama que todos os cidadãos presentes no solo brasileiro têm direito a serviços de saúde gratuitos. Tal princípio constitui a revogação do modelo de autofinanciamento da saúde, segundo o qual apenas os trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social poderiam utilizar os

serviços de saúde mantidos pelo Estado. Por um lado o usuário do SUS que gera recolhimento de impostos mediante o IRRF ou outras formas de tributação é o próprio financiador dos serviços de saúde que utiliza. No entanto, aqueles que estão vinculados à economia informal ou fazem parte da população economicamente inativa usufruem do mesmo direito de receber a atenção integral à saúde, obedecendo à normatização prevista pelo princípio da integralidade.

O princípio da **integralidade** prevê que sejam atendidas todas as necessidades de saúde da população. Se tomarmos como referência o conceito de História Natural da Doença identificaremos os diversos estágios do processo de adoecimento, desde a fase que antecede à detecção da doença até o seu desenlace (repercussão final). O esquema 3 apresenta um esquema simplificado deste processo.



Esquema. 3 – História Natural da Doença (extraído de FONSECA, 2011).

O usuário dos serviços de saúde deve receber suporte antes de desenvolver alguma enfermidade, o que caracteriza as ações de prevenção primária. Além disso, a gestão do cuidado também está comprometida em articular ações contínuas de educação em saúde que descortinem um horizonte novo para o usuário, estimulando-o ao desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis. Esta modalidade de intervenção, constituindo um conjunto de ações de promoção de saúde, não se relaciona especificamente à prevenção de doenças. Quando um serviço de saúde organiza uma atividade de caminhada pelas ruas do bairro o

contexto e as finalidades dessa intervenção são de outra ordem, não se limitando a estimular o usuário a prevenir-se, por exemplo, quanto ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares ou metabólicas muito prevalentes. A promoção de saúde é um conceito que extrapola o domínio da patologia/enfermidade e oferece subsídios para que o indivíduo vislumbre formas de existir que lhe tragam bem-estar e qualidade de vida.

Nesse sentido, tanto a Constituição quanto as Leis Orgânicas publicadas em 1990 ampliam o conceito de saúde e determinam que o Estado tem o compromisso intransferível de oferecer condições que contribuam para um perfeito bem-estar físico, mental e social de seus cidadãos, conforme a definição de saúde apresentada pela OMS. Em decorrência, a população deve exigir do Estado a implementação de políticas públicas que assegurem boas condições de moradia, educação, cultura e lazer, emprego e salário, entre outros (RONCALLI, 2003).

Se mesmo diante das ações de promoção e prevenção o indivíduo for acometido por alguma alteração na sua saúde, o SUS deve garantir que ele receba todos os cuidados inerentes ao tratamento e à reabilitação física ou mental, caso a enfermidade tenha um desenlace permeado por sequelas de qualquer natureza.

Ao constatar que o princípio da integralidade prevê o atendimento de todas as necessidades da população causa-nos espanto que ainda hoje muitos indivíduos tenham que recorrer a instâncias judiciais para receber medicamentos de alto custo ou para se submeterem a intervenções de alta complexidade. O próprio arranjo de gestão do SUS deveria ser capaz de equacionar situações transcorridas em regime de exceção, sob pena de atentar contra um princípio doutrinário que orienta o próprio funcionamento do Sistema. A judicialização do SUS tem sido um fenômeno recorrente.

Se o conceito de integralidade não se esgota no processo saúde-adoecimento, igualmente exige o deslocamento do lugar reservado à visão biomédica, avançando para uma concepção de atenção à saúde que transcende o nível individual. No documento intitulado O SUS de A a Z (BRASIL, 2009), encontramos uma definição que corrobora este argumento:

> A integralidade é um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A

> integralidade **também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade** (...). (os grifos são meus)

Os trechos grifados nos permitem constatar que a Estratégia Saúde da Família, a respeito da qual iremos discorrer no capítulo seguinte, é uma proposta de revisão no modelo de assistencial que possui os atributos necessários para corporificar o princípio da integralidade.

O princípio da **equidade** apregoa que a cada indivíduo sejam disponibilizados os recursos de que ele efetivamente precisa para receber cuidados específicos e para gerir o seu autocuidado. De acordo com a definição corrente entre os sanitaristas, equidade significa tratar desigualmente o que é desigual, considerando que uma demanda nem sempre coincide com uma necessidade real. O texto da Constituição afirma que equidade é igualdade de acesso. No entanto, posteriormente foi apresentada uma definição mais precisa para o conceito de equidade (BRASIL, 2009), que pode ser interpretada como uma forma de

> Igualdade **da atenção à Saúde**, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de **diálogo entre governo e sociedade civil**, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. (os grifos são meus)

O primeiro trecho em negrito destaca que não é o acesso que deve ser igual, mas a atenção oferecida a todos os usuários, que implica em lançar mão do recurso do discernimento na avaliação das necessidades da população e na análise das condições objetivas de que dispõe o aparato estatal para beneficiar os indivíduos.

O segundo trecho destacado evidencia o papel relevante da população para fazer valer o princípio da equidade, na medida em que os usuários não devem permitir que o perfil das políticas implementadas seja decidido de forma unilateral

pelos gestores públicos. Equivale dizer que o conceito de equidade abre espaços para o empoderamento da população e o consequente exercício da cidadania.

Seguindo a direção apontada pelo princípio da integralidade, que preconiza o enfoque familiar-comunitário na atenção à saúde, através da equidade os serviços são obrigados a se debruçar sobre as peculiaridades socioculturais da população adistrita a cada território, o que nos faz reconhecer, de acordo com as informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), que a equidade

> Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Os comitês e grupos de trabalho de promoção da equidade em saúde são coordenados pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que orienta o trabalho para as seguintes situações de exclusão social: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB).

A abordagem deve predispor os trabalhadores a empreender um esforço para dialogar com as subjetividades, o que frequentemente exige a utilização de diferentes técnicas e modelos operativos, inclusive não descritos pela literatura.

Em minha experiência na Estratégia Saúde da Família atendíamos a uma comunidade constituída por imigrantes bolivianos radicados na Zona Norte do Município de São Paulo. Muitos deles não possuíam a documentação necessária para regularizar a situação junto aos órgãos gestores do processo de imigração, em decorrência do receio de serem reconduzidos ao seu país de origem por processos de exclusão do território nacional. Por isso, a permanência irregular desses indivíduos em solo brasileiro era responsável pela formação de guetos e pela consequente dificuldade de integração cultural. A ausência de domínio do idioma português prejudicava a comunicação dos usuários com os profissionais do Posto de Saúde, interditando a formulação de diagnósticos precisos e gerando impedimentos no momento de oferecer orientações aos consulentes.

Na tentativa de contornar esse obstáculo a equipe que cuidava de um dos grupos de bolivianos elaborou um dicionário de espanhol com termos básicos sobre doenças, sintomas, tratamentos e cuidados em saúde, material que foi utilizado pelos integrantes da UBS para que os cuidadores se familiarizassem minimamente

com o idioma dos usuários. A partir daí as barreiras para a comunicação inicial com aquela população tornaram-se menos densas.

Tudo isso denuncia uma expressiva ampliação na forma como o princípio da equidade é compreendido e operacionalizado.

Os princípios doutrinários do SUS se destinam a balizar a relação do Estado com o usuário, no momento em que os serviços de saúde são oferecidos. Por outro lado as diretrizes organizativas determinam o funcionamento e os mecanismos de regulação do sistema.

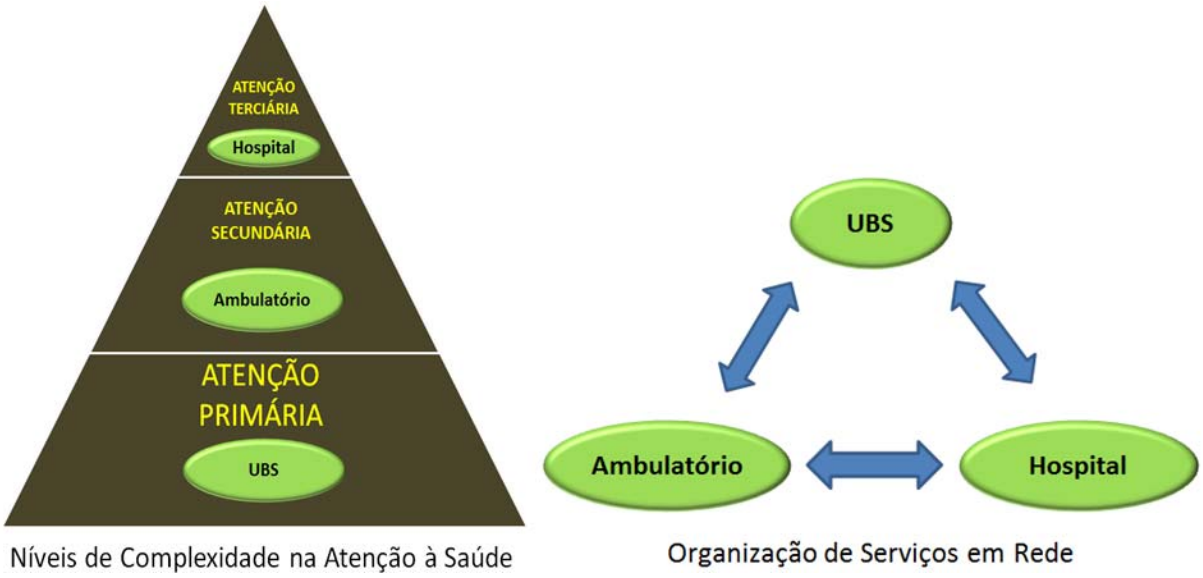
A diretriz da **hierarquização** é um desdobramento da visão do atendimento integral. Se considerarmos o princípio da integralidade, assentado sobre o fato de que as necessidades da população sofrem variações e devem ser atendidas em sua especificidade, é compreensível que os atendimentos ocorram em níveis distintos de complexidade.

A Atenção Básica, consubstanciada nos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS), representa a porta de entrada no sistema, sendo responsável pela solução do maior número de demandas da população. A ideia em epígrafe é que o usuário acesse o sistema começando a ser atendido com os recursos da UBS localizada estrategicamente no seu próprio bairro. Caso surja a necessidade de encaminhá-lo para serviços de outros níveis de complexidade, serão realizados os procedimentos que garantem esse trânsito do usuário pelo sistema, ocasião em que ele contará com serviçosambulatoriais, laboratoriais, hospitalares, etc.

É importante ressaltar que a diretriz da hierarquização se refere aos níveis de complexidade na atenção à saúde, mas não define níveis de importância ou atribuem vozes de comando a quem quer seja. Em outras palavras, não se trata de afirmar que os profissionais do nível terciário devem definir protocolos que os integrantes dos níveis secundário e primário terão que acatar, pois isso seria uma interpretação extemporânea e distorcida do conceito de hierarquização. Portanto, os níveis de complexidade na atenção à saúde possuem uma hierarquia relativa às diferentes necessidades do usuário, que deverão ser avaliadas a começar pela atenção primária. Mas a organização de serviços não possui hierarquia. Sua configuração funcional revela características de colaboração recíproca, cujo arranjo não é rígido nem piramidal, pois assume uma estrutura flexível de trabalho em redes, materializando a concepção atual da intersetorialidade, que está

visceralmente comprometida em ressignificar as relações de poder entre os serviços, tornando-as mais abertas e horizontais.

Em suma, os níveis de complexidade na atenção à saúde devem possuir uma hierarquia, cuja função é proporcionar uma avaliação adequada das necessidades de cada usuário, em consonância com o princípio da equidade, mas a organização de serviços não deve funcionar em um formato hierárquico, (re)produzindo relações de poder verticais entre os trabalhadores dos níveis primário, secundário e terciário. O esquema 4 ilustra essa diferença.



Esquema 4 – Diferença entre níveis de complexidade na atenção à saúde e organização de serviços através de articulações intersetoriais.

A **regionalização** está explicitada na Lei 8.080. O texto informa que a organização do SUS encontra-se pautada na configuração distrital, acionando diversos fatores relacionados à gestão para garantir a execução integral das ações planejadas nos diferentes serviços.

Essa diretriz é uma decorrência natural da descentralização. As regiões mencionadas na lei passaram a ser chamadas de distritos sanitários, facilitando a mobilização de recursos de acordo com os atributos de cada território. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) somente dessa forma pode-se viabilizar a cogestão, que constitui

> um modo de gestão compartilhado entre instituições do setor de saúde ou integrantes de outros setores governamentais ou da sociedade civil. As práticas de cogestão têm o poder de potencializar as ações executadas, evitando paralelismos e desperdícios de esforços públicos. (...) deve-se identificar a necessidade e promover uma **negociação entre as instituições envolvidas, definindo-se, claramente, as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas,** estabelecendo mecanismos permanentes de interação e integração das instituições. Pode-se constituir um comitê de gestão composto pelas partes do processo de cogestão. (os grifos são meus)

A **descentralização** consiste em distribuir as responsabilidades pelos serviços e as ações de saúde, que ficam sob a custódia dos poderes federal, estadual e municipal. A proposta está calcada no princípio de que as condições locais são fatores decisivos na elaboração de políticas de saúde, abrindo espaço para o processo de municipalização da assistência.

O **controle social** através da **participação popular** é assegurado por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que se desdobram no painel de responsabilidades dos municípios, dos estados e da federação. Qualquer pessoa pode participar dos Conselhos e das Conferências, o que se traduz como um desejável exercício de cidadania. Sem a realização das Conferências e sem o trabalho dos Conselhos a União não repassa as verbas para o município, paralisando atendimentos e determinando a estagnação do SUS na cidade que estiver inadimplente com o seu compromisso de fomentar a manifestação da população.

O SUS é um sistema de saúde que segue em processo de implantação. Seu aparato administrativo e seus recursos humanos não funcionam com igual eficácia em todos os lugares do Brasil.

Ao longo da sua trajetória o SUS experimentou o impacto das flutuações estruturais e dos embates que têm lugar na arena política. O jogo de interesses econômicos e as manobras de grupos divergentes, alguns dos quais agindo como adversários do SUS, resultam em dificuldades funcionais que depõem contra o sistema e induzem o cidadão comum a duvidar da sua viabilidade.

Entre os anos de 1991 e 1994 o Brasil ingressou em uma fase de transformação visceral no modelo político. A partir do presidente Fernando Collor de Mello o neoliberalismo sitiou todos os espaços decisórios do governo federal. Na busca de atingir o ideal do Estado mínimo o governo brasileiro deu origem a uma sequênciainédita de privatizações das empresas estatais. O governo anunciava que a finalidade dessa providência era economizar recursos para investir na preservação de atividades importantes como a saúde. Mas os cortes alcançaram também esses setores fundamentais para a vida da população.

Quando os setores de Saúde e Previdência Social se desvincularam em 1994 o Ministro Antônio Brito declarou que era insustentável aplicar os recolhimentos em folha para financiar a Saúde, decidindo deixar este setor sem os repasses determinados pelas leis federais, uma arbitrariedade que provocou danos ainda maiores à estrutura do SUS.

Um ano depois o presidente Fernando Henrique Cardoso foi empossado e acelerou ainda mais as privatizações, sob a alegação reiterada de que quanto menor fosse a máquina administrativa mais facilmente o governo encontraria soluções para os desafios que a caracterizam, uma proposta sintonizada com a vertente neoliberal.Até hoje continuam sendo levantados muitos questionamentos quanto à lisura desse processo de privatizações voluptuosas.

Não difícil inferir que episódios constantes de instabilidade política e cortes no financiamento do SUS provocam perturbações em sua gestão, consubstanciadas em prejuízos na infraestrutura e dificuldades na oferta de salários condignos para os trabalhadores.

Na tentativa de evitar essas intercorrências, entre 1993 e 1996 o Ministro Adib Jatene idealizou uma tributação denominada CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), cujo escopo era obter financiamento específico para o setor de Saúde. No entanto, as forças políticas em evidência na época conseguiram amputar a proposta da CPMF, que além alocar recursos para a saúde também foi utilizada para compensar outros gargalos no orçamento do governo federal. Uma parte da arrecadação foi aplicada na Previdência Social e no Fundo de Combate à Pobreza, enquanto outro percentual era retido nos cofres do Tesouro Nacional. E a Saúde amargava mais uma derrota por não conseguir os subsídios necessários à continuidade da implantação do SUS.

Até mesmo a contratação de serviços privados sofria com o déficit no caixa do setor de Saúde. Os hospitais conveniados disponibilizavam poucos leitos e protagonizavam cenas de atendimento ineficiente por conta da queda no valor dos serviços pagos pelo SUS e devido a constantes atrasos para o repasse das verbas.

Conforme mencionamos, entre 1988 e 1990 a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram os princípios e diretrizes do SUS. No entanto, na busca de novos acréscimos à legislação original, que ratifiquem a natureza jurídico-institucional do SUS e aprimorem o seu funcionamento, desde 1991 o governo decidiu elaborar Normas Operacionais Básicas (NOB´s) para eliminar incongruências e padronizar os procedimentos dentro do sistema.

Um dos textos mais importantes foi a NOB-SUS 01/96, que reformulou a gestão do sistema e permitiu um salto qualitativo no processo de municipalização. O documento extinguiu um antigo modelo de gestão e propiciou a instalação de um modelo substituto, definido em dois conceitos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. O texto publicado pelo Conselho Nacional de Saúde esclarece o significado desse novo modelo (BRASIL, 2003):

> (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Os embates políticos que advém dessa proposta se relacionam à necessidade de reorganizar das ações, obrigando os três níveis de gestão do sistema a sucessivas pactuações para redistribuição de poder e assunção de novas responsabilidades.

Entrando em vigência dois anos após a sua publicação, a NOB-SUS 01/96 contribuiu para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), logo depois denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), a respeito da qual discorreremos no capítulo 3 desta dissertação.

Com a implantação do SUS não era mais necessário o vínculo previdenciário e a inserção corporativa para ter direito aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Contudo, a política neoliberal privatista seguia o seu caminho de drenagem dos recursos públicos, deixando o sistema subnutrido e fertilizando o setor de saúde

suplementar. Essa é uma das maiores discrepâncias do processo de implementação do SUS. A Constituição prevê a existência do campo privado de serviços de saúde, mas para que ele exerça um papel de coadjuvante. O que ocorre é que o próprio Estado tem operado de forma que o setor privado se torne inflado e detentor de um poder de barganha suficiente para agir na contramão dos interesses da maior parte da população, em benefício de segmentos populacionais capazes de concentrar uma parcela expressiva da renda do país. Desta forma o Estado declina do cumprimento do seu papel de promotor do bem-estar social, da cidadania e da inclusão.

Para que esse quadro fosse revertido, a aposta em uma nova força política no comando do país era uma alternativa plausível.

Por isso, quando Luiz Inácio Lula da Silva assumiu a presidência em 2002 ele reacendeu a expectativa de uma frenagem no processo de pulverização estatal e estrangulamento dos recursos do SUS. Porém, o desempenho do governo Lula no que concerne à saúde pública foi muito aquém do esperado pelo movimento sanitário e por grupos congêneres, uma vez que o perfil de suas políticas públicas reeditava em grande parte as propostas de austeridade econômica que estavam presentes na agenda do governo Fernando Henrique Cardoso.

Um exemplo notório do desempenho frustrante do governo Lula em relação ao SUS é que a CPMF, antes de ser extinta, prosseguiu com seus recursos sendo aplicados em diversos setores, restringindo severamente o percentual destinado à saúde.

Entretanto, ainda no governo Lula podem ser destacados avanços importantes.

Em 2007 foi aprovado o Projeto de Lei Complementar 01/2003, cuja finalidade era regulamentar a Emenda Constitucional 29/2000. O Conselho Nacional de Saúde e os movimentos sociais comemoraram efusivamente essa conquista para o SUS, traduzida em um leque amplo de novas e importantes definições. Um exemplo disso foi a delimitação do uso dos recursos da saúde exclusivamente para serviços gratuitos disponibilizados de acesso universal, sendo vedada a aplicação desses recursos em atividades não vinculadas à saúde, como obras de infraestrutura, por exemplo, a não ser em regime de exceção muito bem caracterizado.

Esse projeto alcançou o objetivo almejado no período de vigência da CPMF: interditar a transferência de recursos para projetos e necessidades de gestão que

não são relativas ao SUS. Ao lado disso também sinaliza o recrudescimento do controle social.

Diante do exposto, fica evidente a revolução política e cultural que o SUS representa, na medida em que corresponde a um Sistema de Saúde anacrônico para os moldes capitalistas e para as políticas de Estado que integram o cortejo sinistro da mundialização excludente. A reflexão lúcida de Silva (2009) convoca alguns significados essenciais da implantação do SUS no Brasil e enumera os seus traços distintivos em relação ao contexto internacional:

> (...) é importante ressaltar que o SUS tem sido considerado, com muita justiça, **a principal política de inclusão social da história brasileira.** Na contramão do que ocorreu no continente latino-americano e na quase totalidade dos países emergentes, e contraditoriamente à conjuntura internacional, em u momento de perda de hegemonia dos estados de bem-estar social e de ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, consolidando, no artigo 196 da Constituição Federal, o princípio de que 'saúde é direito de todos e dever do Estado'. Mesmo que a plenitude desse direito não esteja assegurada, o processo de implementação do SUS tem mostrado ampliação do acesso da população aos serviços e, além do mais, contribuído para incorporar **o direito à saúde, como uma condição de cidadania na cultura da população.** (os grifos são meus)

Ao admitirmos o SUS como a política pública mais inclusiva já implantada no Brasil, esse conceito reforça ainda mais o seu papel de agente transformador do contexto social do país. Além disso, é forçoso reconhecer que o SUS emergiu em um momento histórico caracterizado pela laicização do Estado brasileiro, até então sob o comando da Igreja Católica e monitorado de forma explícita ou subliminar pelo aparato militar das forças armadas. Se não há dúvidas de que um Estado laico é condição precípua para o erguimento e o fortalecimento de um regime de governo com pretensões democráticas, a Reforma Sanitária Brasileira e seus atores foram protagonistas na transição para a Nova República e o Estado democrático de direito.

Com o advento do SUS a realidade cultural do Brasil também sofreu remanejamentos que merecem destaque, na medida em que a reestruturação do setor de saúde representa um episódio histórico com fôlego suficiente para colocar

em pauta o conceito de cidadania. Assim, um sistema de saúde de acesso universal e gratuito se converte em um disparador para o debate de valores e vertentes da cultura brasileira: O que é o espaço público? Vale a pena investir no comportamento participativo? Qual é o preço da omissão diante da perspectiva da cogestão? Quais são os engodos a que está sujeito o indivíduo que não se articula em grupos de interesse comum? Se o cidadão brasileiro tem direito à saúde gratuita e de qualidade, de que outros direitos ele deveria usufruir? Existe algum direito líquido e certo que está sendo subtraído do cidadão brasileiro? Além do setor de saúde, quais setores deveriam passar pelo crivo do controle social?

A despeito do que poderiam pensar os céticos, todos esses questionamentos de fato emergem do processo de implementação do SUS e ultrapassam as fronteiras do setor de saúde, apontando para o surgimento de novos padrões culturais na sociedade brasileira. Teixeira (2004) já se reporta ao fato de que o trabalho em saúde no âmbito do SUS pode contribuir decisivamente para uma democracia viva em ato, capaz de arrostar o sequestro do coletivo e levantar o debate sobre um novo sentido de público.

Ao trabalhar no âmbito do SUS eu identifiquei um fenômeno que depõe contra a confiabilidade do sistema na ótica dos usuários: as constantes modificações que defluem da criação de novos serviços. Não poucas vezes serviços emergentes se encontram sob suspeição quanto à sua eficácia e ostentam um forte teor de disputa político-partidária. A cultura política do Brasil ainda não conseguiu se imunizar contra a atitude insana de muitos gestores que não hesitam em fazer do setor de saúde uma vitrine para reiterados investimentos de autopromoção e acúmulo de capital eleitoral. Conduzidos pelo desejo de deixarem a sua marca na administração pública eles não se furtam a sobrepor os seus interesses pessoais e partidários aos interesses da população, inaugurando serviços que demandam profundas mudanças logísticas e alterações na gestão, não raro resultando em prejuízo evidente para o atendimento ao usuário. Diminuição do número de equipes, redução no espaço físico de equipamentos de saúde, transferência de recursos para outros destinos e decisões administrativas diversas vão aos poucos exaurindo algumas das melhores iniciativas já consolidadas na oferta de serviços.

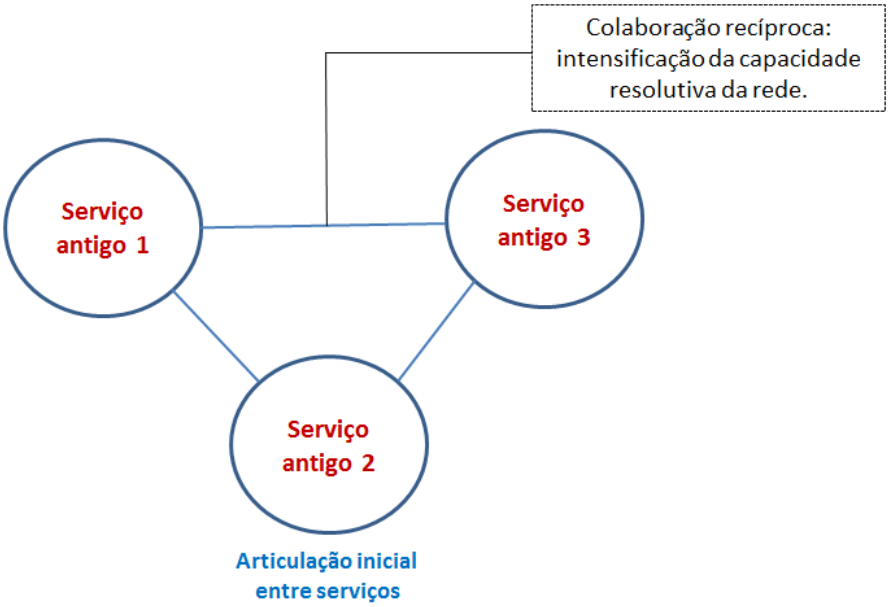
Exemplos eloquentes podem ser encontrados no Município de São Paulo.

No ano de 2010 assistimos à instalação da polêmica em torno das funções inerentes aos Agentes Comunitários de Saúde (da Estratégia Saúde da Família) e

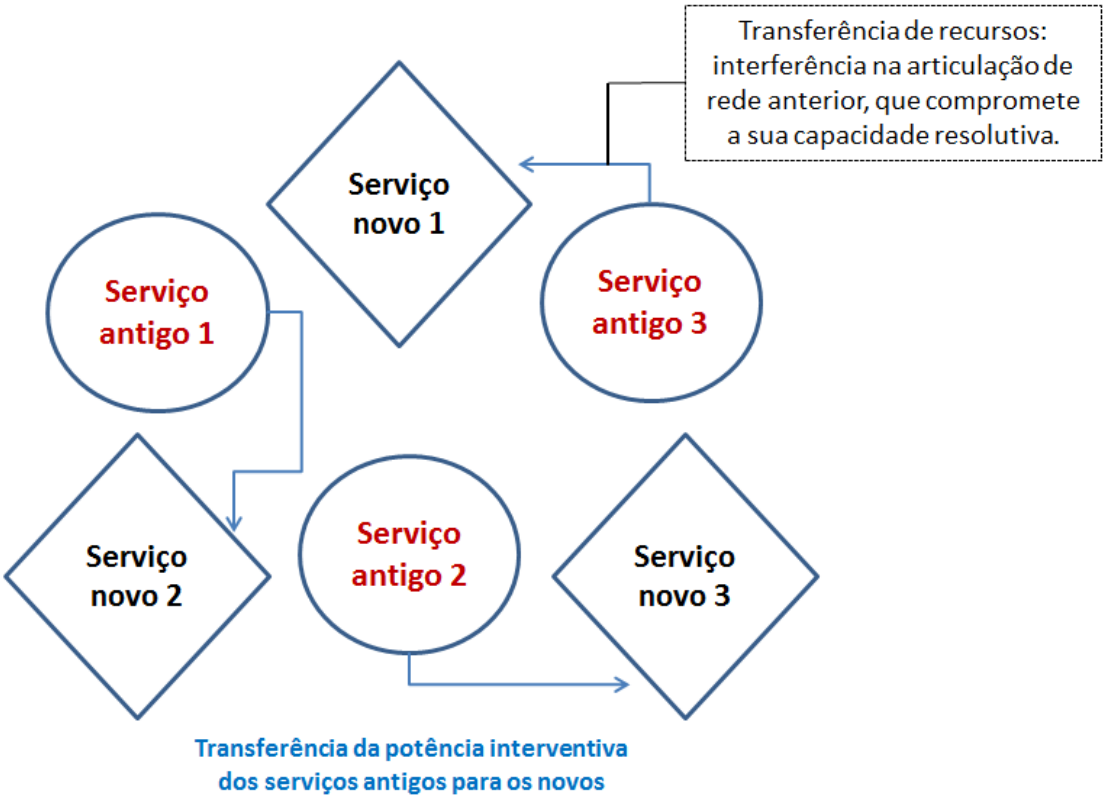
aos Agentes do Programa Acompanhantes de Idosos. Estes últimos passaram a atuar na Zona Norte de São Paulo e tem como atribuições alguns procedimentos já executados pelos ACS´s, como as visitas domiciliares e marcações de consultas. Não é difícil inferir que preciosos recursos foram mobilizados para implantar esse novo programa e fazê-lo chegar ao conhecimento do público, embora a sua forma de intervenção não agregue muito em relação ao papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família, protagonizada por agentes de saúde em plena atuação nos mesmos territórios em que o novo serviço foi instaurado.

Em alguns casos o planejamento para alavancar o programa mais recente é articulado de tal forma que os serviços similares anteriores são progressivamente desidratados e substituídos, não obstante a sua importância estratégica no conjunto de ações em saúde e a sua relevância no terreno da integralidade. Podemos entender que a potência interventiva de serviços já instalados é indevidamente transferida para os serviços novos, em uma decisão insuflada por motivações eleitorais de grupos que se mostram indiferentes ao princípio da cidadania e promovem a desmontagem de iniciativas que partiram dos seus adversários políticos, em flagrante sinal de menosprezo pelas necessidades da população.

Os esquemas 5 e 6 demonstram essa ocorrência.



Esquema 5 – Articulação desejada entre os serviços.



Esquema 6 – Transferência indevida da potência interventiva para os novos serviços.

Em reuniões administrativas da ESF eu coletei argumentações que se apoiam na ideia de que a criação de novos serviços pode ser justificada pela ineficácia na articulação entre os serviços existentes. Nesse cenário os programas emergentes seriam apenas um tamponamento sem consistência e sem sustentabilidade. No entanto, se a fragilidade da articulação intersetorial em muitos territórios é um fato inconteste, não é com a interpolação de novos agenciamentos que se vai corrigir esta falha funcional, mas com a requalificação das estratégias de diálogo interinstitucional e com o acionamento de redes afetivas, conceito trabalhado por Teixeira (2004) através do qual ele propõe ressignificar as relações entre as pessoas que integram os serviços de saúde. O autor discorre sobre este conceito lembrando que as redes só podem ser acionadas quando se considera a substância afetiva que compõe a trama dos vínculos entre as pessoas. Criar um serviço novo sob o falso pretexto de melhorar o atendimento da população não garante que esses componentes mencionados estarão presentes na relação entre o trabalhador e o usuário. Em outras palavras, um serviço novo não necessariamente representa uma forma inovadora na relação entre o Estado e o cidadão a quem se destinam os esforços na produção do cuidado.

O SUS enfrenta opositores naturais que prosseguem torpedeando seus princípios, alardeando seus insucessos e trabalhando em favor da sua dissolução. Para aqueles que apostam no SUS, além de refutar as acusações improcedentes que lhe são imputadas também é necessário exumar as raízes do próprio sistema para contornar os obstáculos gerados pelas incongruências internas, nem sempre passíveis de solução facilitada, uma vez que são muitos os vetores que incidem sobre essas questões, como o vetor de natureza política, que pode ter efeitos colaterais comprometedores.

2.3. Equipes Multiprofissionais no SUS

No intuito de compreender o significado e o alcance do sistema público de saúde vigente no Brasil, é importante enunciar as diferentes visões do processo saúde-adoecimento e da assistência em saúde. Enquanto a concepção biomédica declara que somente o especialista consegue abordar de forma consistente as questões relativas à saúde, dentro da Saúde Coletiva o profissional generalista que acompanha um indivíduo e sua família é visto como alguém mais apto a oferecer um cuidado integral, pois ele está em contato com as múltiplas dimensões que caracterizam a realidade dos seus usuários. Ele conhece o bairro em que moram e a tessitura relacional que os envolve, identificando como as conexões culturais, afetivas e políticas de cada indivíduo influenciam a sua saúde. O especialista, ao contrário, atende o usuário no dispositivo da clínica tradicional, que não lhe proporciona dados preciosos acerca da subjetividade do seu paciente.

A visão biomédica considera eficazes as intervenções mais complexas, que se corporificam em equipamentos sofisticados, procedimentos invasivos e medicamentos classificados como “de última geração”, que têm a propriedade de impressionar o leigo e fazê-lo acreditar que está recebendo os melhores cuidados. No âmbito da Saúde Coletiva ferramentas simples como o diálogo, o afeto e o vínculo entre cuidador e cuidado podem fazer frente a grande parte das demandas da população, sobretudo porque são ferramentas apropriadas para prevenir doenças e promover saúde.

O modelo biomédico está fundamentado na semiologia e na terapêutica, que constituem uma visão linear do processo saúde-adoecimento. Segundo esse modelo é necessário apenas detectar sinais e sintomas que compõem o quadro clínico para

esboçar a intervenção mais pertinente, ao passo que o modelo de Saúde Coletiva reconhece o sujeito na trama familiar e no contexto comunitário, desenvolvendo formas de atender à saúde nos três níveis de complexidade da atenção.

A concepção biomédica de saúde-adoecimento é hegemônica, haja vista que o seu discurso e seu aparato tecnológico conseguem acessar mais facilmente o imaginário da população. O esquema 7 compara sucintamente os dois modelos.

VISÃO DE SAÚDE	CARCTERÍSTICA DO PROFISSIONAL	INTERVENÇÃO PREFERENCIAL	PROTAGONISTAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	TIPO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Biomédica	Especialista	Complexa	Doença Cura	Individual
Saúde Coletiva (Atenção Básica e Saúde da Família)	Generalista	Simples	Saúde Prevenção	Individual Familiar Comunitária

Esquema 7 – Comparação breve entre as visões biomédica e de saúde coletiva.

Conforme já foi comentado, a implantação do SUS exige uma ressignificação na forma como os trabalhadores e gestores concebem o processo saúde-adoecimento. É preciso considerar as implicações socioculturais, econômicas e políticas que fazem desse processo um fenômeno multideterminado. Essa proposta deve subverter a lógica fundante da concepção biomédica, pois somente na radicalidade de um discurso claramente disruptivo torna-se factível a elaboração de um novo olhar sobre a produção de saúde.

Esse movimento de superação paradigmática nos conduz a duas constatações. Ao mesmo tempo em que se pode eviscerar a inconsistência da visão biomédica, também se pode perceber que o seu arcabouço teórico recebe a chancela das empresas de medicina de grupo e de outras corporações que se beneficiam com a *cultura da doença*, abrindo espaços para o comércio das tecnologias médicas altamente lucrativas, desconsiderando os determinantes e condicionantes sociais da saúde. Portanto, implantar o SUS através da superação progressiva da visão biomédica significa desnudar os interesses escusos que dão sustentação ao modelo médico-assistencial privatista. É o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – que se pronuncia a esse respeito (BRASIL, 2003):

> O **modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil.** Fortalecido pelo arcaico conceito de saúde como ausência de doença e pelos ganhos de capital de interesse do complexo médico-tecnológico e daqueles meramente mercantilistas, esse modelo tornou-se, evidentemente, **incapaz de articular a interface da saúde com os fatores que influem na qualidade de vida das pessoas e das comunidades.** (os grifos são meus)

Na esteira desse raciocínio, a reorientação da assistência em saúde exige que sejam instauradas inovações no processo de trabalho, conclamando os trabalhadores a experimentar outros arranjos operacionais na gestão da clínica. Por isso, para que o SUS fosse consolidado um dos fenômenos de maior importância foi a gradual inserção no serviço público de diversas categorias da área de saúde. Os profissionais de saúde iniciaram sua participação na esfera pública através do trabalho clínico tradicional em ambulatórios, mas aos poucos foram se aproximando de uma forma de intervenção que inclui a dimensão social-comunitária.

Contudo, não será suficiente a existência de profissionais de núcleos de saber diversificados se a interação que resulta dessa confluência de indivíduos em um serviço de saúde não for pautada pela postura de diálogo que deflagra um verdadeiro trabalho em equipe. A dificuldade na obtenção de relações abertas e produtivas entre as equipes espelha o confronto entre a atitude de reserva de mercado e a preocupação em atender as demandas do usuário de forma efetiva, que são dois interesses em estado constante de litígio.

Furtado (2009) propõe uma análise acurada desse tensionamento, frequente na dinâmica de equipes multiprofissionais. Inicialmente o autor menciona que os trabalhadores de saúde constantemente dão testemunho da irracionalidade proveniente da racionalização excessiva, que se faz acompanhar de uma prática profissional alicerçada em visões estanques que supostamente garantem o lugar da autonomia e da dominação sobre as outras categorias e conferem ao indivíduo uma identidade profissional capaz de assegurar reconhecimento social e empregabilidade. Parece haver a crença de ser preciso estimular nos demais a representação de que cada um de nós pertence a uma categoria dotada de saberes exclusivos e com alta relevância social para garantir retorno financeiro e novas

oportunidades no mercado de trabalho, mesmo que isso ocorra em detrimento do usuário, que deveria estar no epicentro da produção do cuidado.

O desejo de se impor como pertencente a uma categoria robusta e com papeis sociais definidos encontra acolhimento e apoio nos órgãos de classe, reforçadores naturais do indisfarçável anseio experimentado pelo profissional que deseja permanecer com seus interesses intactos.

Furtado conclui que essa conjuntura determina as posições diametralmente opostas entres as duas visões que ele denomina como **lógica profissional** e **lógica da colaboração**. Enquanto a primeira se estriba no atendimento aos interesses de um segmento social representado por uma dada profissão, a segunda é a lógica da integração e dos espaços democráticos de relação, que reverencia os princípios doutrinários do SUS prescrevendo a partilha de saberes e de experiências pertencentes ao patrimônio singular dos membros da equipe. Furtado afirma que a lógica da colaboração que deve ter vigência nas equipes de saúde é a única capaz de promover uma reconstrução no significado da assistência, pois ela

> baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa e não ao redor de territórios de especialização. (...) surge como resposta a diversos impasses − dentre eles a complexidade dos problemas clínicos − à necessidade de reagrupamento de conhecimentos espalhados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e para evitar a duplicação de cuidados.

Para evitar essa duplicação e garantir o atendimento integral o caminho trilhado é o da pactuação em reunião de equipe, a instância decisória na qual ocorre a formulação dos projetos terapêuticos. Esse procedimento dialógico e coletivo demanda uma expressiva maturidade por parte do profissional de saúde, que será conduzido a outro status na trama das intervenções, uma vez que ele se desloca da posição de centro irradiador das decisões para uma posição de colaborador no atendimento integral ao verdadeiro protagonista da cena do cuidado: o usuário dos serviços de saúde. Em linhas gerais, quanto maior é o reconhecimento e o poder social experimentado por uma categoria profissional, mais difícil se torna o esforço para que o indivíduo reavalie as suas cristalizações epistêmicas e se desloque da zona de conforto moldada pela visão uniprofissional.

Nas Unidades Básicas de Saúde de atendimento tradicional (nas quais não existe o serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família) o profissional de medicina e o profissional de psicologia se inseriram nas denominadas equipes mínimas de Saúde Mental. Muitos gestores dessa área criticam a proposta dessas equipes mínimas alegando que ela representa uma espécie de segregação orientada pelo núcleo de saber a que pertence o profissional.

Ou seja, quem é profissional de Saúde Mental não deve oferecer escuta a quaisquer queixas que não estejam relacionadas ao "sintoma psíquico genuíno", concepção reducionista que dilacera as melhores possibilidades de um movimento interdisciplinar que favoreça a troca de saberes, permitindo uma atenção integral à saúde.

É importante destacar que a interdisciplinaridade não preconiza uma renúncia ao núcleo de saber a que se ajusta cada profissional. A proposta sinaliza uma maior fluidez no intercâmbio de percepções, uma maior capilaridade do conhecimento. Mas esta potência coletiva só pode ser operacionalizada se o profissional tiver lucidez quanto à sua contribuição técnica singular.

Outro problema detectado diz respeito à conversão do saber, que precisa se deslocar da dimensão epistêmica e alcançar o território da intervenção em situações concretas e específicas. Mesmo que os profissionais se declarem favoráveis ao intercâmbio, sempre existem barreiras na tentativa de transposição da teoria à prática.

Pelo que foi exposto concluímos que o SUS representa um modelo de saúde assumidamente contra-hegemônico. Nos pilares da sua prática identificamos ações humanizadas de prevenção e promoção de saúde, delineadas a partir da dinâmica do território e com forte inspiração na interdisciplinaridade, favorecendo a troca de saberes entre os profissionais envolvidos na produção de saúde.

Em face desse quadro, é de vital importância um investimento na qualificação da atenção primária através da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), um serviço desenvolvido por equipes multiprofissionais que parece reunir as características mais propícias ao processo de reorientação da assistência em saúde almejado pelo SUS.

Embora existam serviços denominados "de porta aberta", a estrutura de gestão do SUS pretende que a ESF seja a porta de entrada no sistema, obedecendo às

prerrogativas da Atenção Básica, que constitui o nível de complexidade adequado ao atendimento das demandas de saúde mais prevalentes no Brasil.

"Em uma sociedade que prega a igualdade entre os homens e que se funda na desigualdade, crer em mitos e preconceitos que coloquem nas pessoas a responsabilidade por sua desigualdade é essencial para a manutenção desse sistema."

Cecília Azevedo Lima Collares
Maria Aparecida Affonso Moysés

3. MEDICALIZAÇÃO NA INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO

3.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a denominação inicial de Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada como uma forma de promover a reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil. Inserida na Atenção Primária, referida nas políticas públicas sob a nomenclatura de Atenção Básica, funciona em conformidade com os princípios do SUS.

A justificativa para sua implantação é o fato de o modelo biomédico, fundamentado em uma concepção linear e reducionista do processo saúde-doença, não deter recursos para responder às necessidades de saúde no mundo contemporâneo. A ESF representa um novo desenho para o trabalho em saúde, pois seu foco expande-se do indivíduo para a sua família e a comunidade a que pertence. Suas intervenções são de caráter ativo: o serviço vai ao encontro da comunidade e desenvolve ações preventivas de largo espectro. Esse processo de trabalho permite aferir as necessidades da população de forma mais eficaz, facilitando o planejamento e a gestão do cuidado. A ESF pretende substituir um modelo de atenção à saúde em que as demandas somente são detectadas quando o indivíduo procura o atendimento.

Ela é um desdobramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1991, cuja missão era a de reduzir acentuadamente a mortalidade materno-infantil, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte do Brasil. Tendo por meta ampliar a oferta de serviços de saúde em regiões de alta vulnerabilidade social do território nacional e tomando por base a experiência com o PACS no município de Sobral, estado do Ceará, o Ministério da Saúde, após identificar a importância estratégica dos Agentes, introduziu o conceito de cobertura do território através do cadastramento das famílias residentes nas circunvizinhanças das Unidades Básicas de Saúde.

Em conjunto com o PACS e o PISUS (Programa de Interiorização do SUS), o PSF foi lançado em 1994 como um programa da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). O PISUS encerrou suas atividadesentre 1994 e 1995, em resultado da mudança de gestão no Governo Federal.

Entre 1995 e 1996 o PSF migrou para a SAS (Secretaria de Assistência à Saúde), órgão do Ministério da Saúde. A modificação foi coerente com a natureza do

programa, que necessitava de maior suporte para desenvolver uma gestão compatível com a sua abrangência. Esse fato foi determinante para que o PSF, agora sob responsabilidade do Departamento de Atenção Primária à Saúde, pudesse ser alçado à condição de protagonista na transformação do modelo assistencial em saúde.

O PSF sofreu influências da iniciativa de vários países que investiram na abordagem familiar das questões de saúde, entre os quais Inglaterra, Canadá, Suécia e Cuba. O programa brasileiro foi idealizado em uma reunião promovida pelo Ministro da Saúde Henrique Santillo com o apoio do UNICEF, ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 na capital federal. A reunião teve como tema "Saúde da Família" e a pauta previa a elaboração de um programa que utilizasse os resultados promissores do PACS e a contribuição de outras categorias profissionais que viriam a somar esforços com os Agentes Comunitários de Saúde. Os formuladores da proposta pretendiam compor equipes multiprofissionais nas quais os agentes estariam inseridos, garantindo que profissionais de nível superior supervisionassem o trabalho dos ACS´s, ainda mais pelo fato de que naquela época não havia Escola Técnica do SUS para qualificação dos agentes. O único critério de admissão ao PACS era o conhecimento do território (preferencialmente com experiência de liderança comunitária), critério que permanece válido até o presente. Atualmente a admissão de agentes exige outros atributos, entre os quais ensino médio completo. Mostrava-se necessário fortalecer a capacidade resolutiva das intervenções do PACS por meio da participação de profissionais de saúde atuantes em diversos núcleos de saber. Nesse sentido, o pioneirismo do Ceará prevaleceu mais uma vez ao incluir profissionais de Enfermagem nas equipes de trabalho com saúde da comunidade e supervisionando as ações do ACS. Esse fator foi decisivo para a incorporação gradual de outras categorias profissionais nas equipes de saúde.

A regionalização e a territorialização, características que diferenciam o PSF dos demais programas de saúde, constituem recursos de intervenção não-vertical, delineada com a participação ativa da população usuária. A própria identificação das demandas de saúde possui caráter bilateral, pois fundamenta-se no empoderamento da comunidade e na parceria com as equipes, de modo que a articulação de esforços venha a produzir um projeto de saúde coletiva adequado a cada território.

Outro fator que diferencia o PSF dos demais programas promovidos pelo Ministério da Saúde é a continuidade do serviço, que garante o acompanhamento

longitudinal das famílias e favorece as intervenções preventivas e curativas com maior chance de sucesso. Em outras palavras, os criadores do PSF não elaboraram um projeto com data de início e término, à semelhança dos programas de imunização ou de prevenção a doenças sazonais. A ideia foi a de fazer com que o PSF fosse a porta de entrada no SUS, interditando qualquer proposta de interrupção do serviço, fosse por fatores relacionados ao alcance de metas, à época do ano ou mesmo a mudanças na gestão pública. Esse fato levou o PSF a receber posteriormente a denominação de Estratégia Saúde da Família, nomenclatura mais coerente com a sua natureza intrínseca e seus objetivos.

O Ministério da Saúde (1997) define o PSF é definido como

> um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

Melhorar a qualidade de vida da população é um objetivo passível de ser atingido pelas equipes da ESF desde que se mostrem capazes de solucionar grande parte dos problemas de saúde no interior da própria comunidade, o que evitará internações desnecessárias e minimizará o volume de encaminhamentos para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde. A diminuição na frequência de internações hospitalares é uma meta relacionada tanto à redução de custos operacionais quanto à qualidade de vida do paciente, considerando-se o risco de infecções e o desconforto experimentado por quem é extraído do seu cotidiano para ser submetido a tratamentos institucionalizados.

Uma das dificuldades para a expansão da ESF reside no fato de que a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual ela se insere, muitas vezes é visualizada exclusivamente como uma modalidade de assistência de custo reduzido, priorizada pelo Estado por ser mais viável para o manejo orçamentário do gestor público. Identificamos nesse fenômeno a ressonância do modelo biomédico no imaginário popular, que normalmente considera como eficazes as intervenções nas quais são utilizados equipamentos complexos e internações hospitalares. Ao contrário do que possa parecer em uma análise superficial, a APS implica em um nível de

complexidade peculiar, pois exige percepção sofisticada das relações humanas e habilidade específica para lidar com a subjetividade.

Esse nível de atenção à saúde inclui ações sanitárias de natureza coletiva (vigilância nutricional, cobertura vacinal, saneamento básico, manejo de doenças infectocontagiosas de caráter endêmico ou epidêmico, entre outras) e reações clínicas de caráter individual (diagnósticos mais simples, educação do paciente, tratamento de enfermidades de fácil recuperação, entre outras). Tudo isso exige trabalho humanizado, articulação de múltiplos saberes e manejo complexo de diversas ferramentas de gestão, focalizando ao mesmo tempo aspectos curativos e preventivos do processo de cuidado.

A transição para um novo modelo de atenção implica na necessidade de promover a formação de profissionais com novo perfil. A formação acadêmica que prevalece até os dias de hoje reproduz a herança cultural-científica da visão biomédica, insuficiente para permitir que o egresso dos cursos de graduação em saúde responda às exigências da área de saúde coletiva. A abordagem familiar pretende descontruir o engodo provocado pela supervalorização da tecnologia médica, que inegavelmente desfruta de ampla capacidade de seduzir a população, embora jamais consiga substituir, por exemplo, a efetividade de uma relação terapeuta-paciente baseada no afeto. Essa habilidade, uma das características originais na história das intervenções em saúde, diluíram-se ao longo do tempo e é a sua importância que o setor de saúde da família pretende resgatar.

Por isso, a disposição para a mudança, para movimentos de autoanálise, para a adaptação, para a intensa troca de saberes e para o trabalho em equipe são atributos indispensáveis do profissional da ESF, pois, o fazer cotidiano esse serviço de saúde possui um perfil de ação nitidamente contra-hegemônico por confrontar-se com a visão biomédica, hospitalocêntrica e médico-centrada. Para o profissional de saúde é uma tarefa árdua repensar a sua formação acadêmica fundamentada em práticas clínicas tradicionais, com inspiração ambulatorial e focada exclusivamente no indivíduo, desconsiderando contextos familiares e culturais. Ao mesmo tempo é um desafio para todos, sobretudo para o profissional médico, elaborar novos processos decisórios que representam um deslocamento da hegemonia médica e da rígida hierarquização observada em equipes multiprofissionais no ambiente hospitalar. A redefinição de papéis e de poderes no processo de trabalho é uma

convocação para que as equipes desenvolvam autonomia e formulem novos padrões de responsabilidade na produção de saúde.

Para viabilizar essa proposta, o Ministério da Saúde tem disseminado Polos de Capacitação através de convênios e parcerias com universidades em todo Brasil. Cursos presenciais, semipresenciais e à distância são patrocinados pela UNASUS (Universidade Aberta do SUS) para oferecer aos trabalhadores oportunidade de reflexão e de realinhamento de conceitos, estimulando a formação de massa crítica para assumir funções na ESF. Como consequência pode-se constatar que os profissionais apropriam-se adequadamente de ferramentas de importância capital para o trabalho com famílias de alta vulnerabilidade social, tais como os conceitos de produção de redes em saúde, intersetorialidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade. Ao mesmo tempo, detecta-se uma maior aptidão dos profissionais para estabelecer vínculos pactuar responsabilidades com seu público-alvo.

Nesse sentido, vale ressaltar que a habilidade para estabelecer vínculos é um dos mais importantes qualificativos desse novo profissional. Ferramentas vinculares e comunicacionais solucionam a maior parte das demandas de saúde da população e das dificuldades no processo de trabalho da ESF. Por outro lado, não é por acaso que poucos profissionais candidatam-se a atuar na área de saúde da família, uma vez que o vínculo predispõe o trabalhador a experiências de sofrimento psíquico resultantes da imersão na história de vida de seus pacientes. Por conta disso, a deserção é um fenômeno muito comum entre os profissionais atuantes em UBS´s.

Assim como qualquer dispositivo do SUS, a ESF é operacionalizada no município, com a coparticipação do governo estadual, resultando em um processo com etapas já descritas pelo Ministério da Saúde (1997).

Num primeiro momento, as autoridades sanitárias identificam as áreas prioritárias para a implantação do programa. Em seguida, ocorre o mapeamento demográfico de cada área, a fim de calcular o número de equipes de saúde da família necessárias para a cobertura do território. Depois de providenciar os equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa, os gestores municipais solicitam à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município à ESF. Como última etapa realiza-se a contratação e a capacitação dos profissionais.

A seleção das localidades que receberão as unidades de saúde leva em consideração a vulnerabilidade das comunidades. Ao mesmo tempo a análise dos

fatores determinantes e condicionantes da saúde local fornece dados para o planejamento das ações.

O cadastramento das famílias não proporciona apenas a distribuição das equipes de saúde que servirão de referência para cada região adstrita, mas também gera informações de relevância estratégica para os gestores municipais: sexo, faixa etária, condições de moradia, renda per capita, principais doenças e agravos à saúde e outros elementos que influenciam esses descritores loco-regionais. Todas essas informações são repassadas para a gestão municipal da saúde, da educação, da infraestrutura, do serviço social e de outros setores da administração pública, que dispõem de melhores recursos para um planejamento consistente e para diversos tipos de intervenção que beneficiem a população.

A UBS na qual funciona um serviço de Saúde da Família deve possuir equipamentos, insumos e medicamentos destinados a atender às principais necessidades de saúde dos seus usuários, considerando as necessidades compatíveis com a possibilidade responsiva da Atenção Primária. As soluções que não são da alçada desse nível de atenção devem ser garantidas por outros serviços de saúde do município, em um exercício contínuo e humanizado de construção de redes e intersetorialidade. Ou seja, as equipes da ESF precisam contar com o suporte de ambulatórios, hospitais de referência, centros de atenção especializada (CAPS, CRI, entre outros) e demais serviços que ofereçam retaguarda técnica para o atendimento integral da população.

A equipe de saúde da família é uma equipe multiprofissional. Denominada de **equipe mínima da ESF**, é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Nos últimos anos houve uma expansão do processo de incorporação de cirurgiões-dentistas a esse quadro de profissionais.

O Ministério da Saúde (1997) descreve sucintamente o que compete a cada componente. A equipe de saúde da família é coordenada pelo médico, que em conjunto com o profissional de enfermagem assume a responsável por fazer a mediação do processo de planejamento e execução das ações de saúde. Além desses dois profissionais de nível superior a equipe mínima também pode contar com o cirurgião-dentista. Completando o grupo de trabalho temos os auxiliares de enfermagem

Cada equipe, ao realizar o levantamento das características da área sob sua responsabilidade, divide a região em microáreas que facilitam a coordenação do cuidado. Os profissionais detectam quais são as doenças e agravos à saúde mais prevalentes e programam atividades coletivas de educação em saúde, bem como visitas domiciliares que configuram o acompanhamento longitudinal dos seus usuários. Intervenções menos complexas como a troca de curativos e pequenas cirurgias estão previstas na agenda das equipes.

No contexto mais extenso a ESF se insere nas ações de vigilância em saúde (vigilância epidemiológica e vigilância ambiental), exercendo o papel de matriz das ações de saúde dirigidas pelos gestores em um plano de abrangência mais dilatado, que envolva todo o município.

As articulações no território se caracterizam por parcerias que não se restrigem aos equipamentos de saúde nem aos serviços estatais, devendo se estender para comunidades religiosas, grêmios recreativos, associações de moradores e outros setores da vida comunitária, fomentando uma ampla malha social de colaboração que tem como finalidade ambientar o usuário em redes de pertencimento e disponibilizar soluções.

Se SUS fomenta a criação de ambientes e oportunidades de inclusão e cidadania, conforme acentuamos no capítulo anterior, as ações da ESF tem que estar em consonância com esses valores. Por isso cabe a todos os profissionais o papel de protagonistas na execução das tarefas, considerando aqueles saberes que são transversais, porque independem de categoria profissional. É evidente que esse perfil de trabalho não ignora as especifidades inerentes a cada categoria.

A equipe faz **grupos educativos** para trabalhar com usuários que apresentam doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, auxiliando os indivíduos e suas famílias a conviverem com a doença e a aprimorarem o autocuidado. Esses grupos de educação popular em saúde também abordam aspectos não necessariamente relacionados a enfermidades, mas com foco recaindo sobre qualidade de vida para o adolescente, o idoso, a mulher e o homem, obedecendo aos propósitos da promoção de saúde já explicitados.

As equipes realizam **visitas domiciliares** de rotina ou em função de demandas discutidas nas reuniões, que podem ocorrer diariamente ou semanalmente. Uma queixa escolar apresentada por uma família ou por uma escola pode ser uma das demandas disparadoras de uma visita que não foi anteriormente programada.

Os líderes da equipe mínima não se desdobram em esforços apenas para a educação dos usuários, igualmente programando atividades de **educação permanente** (ou continuada) para os próprios integrantes do grupo de trabalho, garantindo a atualização e a integração afetiva que geram melhores resultados nas articulações.

Os trabalhadores constantemente são convidados pelo gerente a colaborar com a **gestão da Unidade de Saúde** mediante sugestões sobre o fluxo de atendimento, os processos de triagem, a consultas e outros aspectos administrativos de relevância inconteste para o funcionamento adequado do serviço.

Todas essas responsabilidades representam um desafio de grandes proporções para as equipes mínimas da ESF, sobretudo porque esse serviço de deve constituir-se em porta de entrada no sistema. Por isso o Ministério da Saúde decidiu promover no setor de saúde da família um processo de ampliação e diversificação das equipes multiprofissionais, que já vinha ocorrendo em outros setores da assistência à saúde. Surgiu assim o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a missão de agregar valor técnico e político às ações desenvolvidas pelas equipes de referência nos territórios.

3.2. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Na perspectiva de compreender o papel que os profissionais atuantes no NASF desempenham em demandas de queixa escolar é necessário apresentar brevemente a trajetória de sua inserção e participação na ESF, iniciada em 2008.

Em 24 de janeiro de 2008 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 154, que cria o NASF, dispositivo cuja finalidade é

> ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Trata-se de uma equipe cujas ações interdisciplinares potencializam a capacidade da ESF de dar resposta a grandes desafios. Entre as várias ações previstas para o NASF, destacam-se as de Reabilitação, Serviço Social, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Alimentação e Nutrição.

A responsabilidade pela implantação das equipes de NASF é dos municípios, que recebem recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde para definirem, de acordo com as necessidades regionais, como serão montadas e onde estarão localizadas essas equipes.

No caso da implantação do NASF na Zona Norte de São Paulo, por exemplo, os profissionais defrontaram-se com inúmeras dificuldades durante sua fase preliminar. A primeira delas foi o fato de não haverem apresentado às equipes de saúde da família protocolos de trabalho detalhadamente traçados, como era a expectativa de uma parcela expressiva dos trabalhadores das Unidades de Saúde, que visualizavam no NASF uma espécie de tábua de salvação para as demandas da população.

Em qualquer atividade humana o bom senso nos diz que é contraproducente impor modelos de trabalho fixos e verticais quando se trata de uma proposta ainda em gestação, sob pena de formatar protocolos funcionais prematuros e ineficazes. Muitos ângulos da atuação do NASF foram elaborados em conjunto com as próprias equipes das UBS´s. Como consequência o fluxo de trabalho do NASF no município de São Paulo foi bem delineado somente após um ano e meio da publicação da Portaria 154/08. A Secretaria Municipal de Saúde publicou em julho de 2009 as Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A experimentação foi e continua sendo crucial na busca de formas mais adequadas de articulação entre NASF e equipes da ESF. Na arquitetura do *modus operandi* do NASF os profissionais das UBS´s foram aos poucos se instrumentalizando para as tecnologias do diálogo, face à necessidade da realização de constantes revisões, adaptações e esforços de síntese. Eles precisaram demonstrar aos trabalhadores das Unidades de Saúde que a construção coletiva é caminho a ser trilhado com paciência e disposição.

Em meio às ininterruptas discussões para a implantação do novo dispositivo, desde o início foram eleitos dois princípios norteadores do processo de trabalho. O primeiro deles diz respeito ao fato de que as equipes do NASF devem atuar em regime de perfeita sintonia com o funcionamento da ESF. Essa medida representa uma clara manifestação de recusa ao tradicional modelo de atendimento ambulatorial, desejado por um grande contingente das próprias equipes da ESF, habituadas ao processo de encaminhamento de pacientes para ambulatórios de

especialidades médicas da rede pública. Para a maioria dos membros das equipes de saúde essa era a única forma do NASF oferecer apoio. Qualquer outra modalidade de suporte técnico não lhes interessava. Não é difícil entender que a visão biomédica responde por esse comportamento.

Por essa razão, ao serem informados de que o conceito de **encaminhamento** existente na relação entre a equipe de apoio e a equipe de referência do território (equipe de saúde da família), seria substituído pelo conceito de **compartilhamento**, a surpresa ante o inusitado gerou manifestações explícitas ou sub-reptícias de desconfiança quanto à utilidade do NASF. Qualquer caso abordado pela equipe de apoio seria simultaneamente "um caso do NASF e um caso da própria equipe de referência". Nesse modelo de articulação a equipe de saúde da família jamais "passaria o caso para os especialistas". Grande parte das equipes de saúde precisou de um período de aproximadamente um ano para digerir a proposta.

Esse arranjo de trabalho, denominado **apoio especializado matricial**, é preconizado pelo Ministério da Saúde como ferramenta para garantir o compromisso (corresponsabilidade) de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde. Experiências de matriciamento em Saúde Mental realizadas em todo o Brasil serviram de inspiração para a elaboração da mencionada Portaria 154. As experiências mais influentes foram realizadas pelo grupo da Universidade Estadual de Campinas, coordenado pelo Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos (CAMPOS, 2003).

No caso específico da Zona Norte do município de São Paulo, um longo histórico de matriciamento em Saúde Mental influenciou o processo de implantação. Muitos dos psiquiatras e psicólogos ingressantes no NASF naquela ocasião, sobretudo os que ocuparam cargos de coordenação, eram egressos da experiência de dez anos de apoio matricial em Saúde Mental efetuada nas Unidades de Saúde da Família geridas pela Fundação Zerbini e pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Por outro lado, depoimentos de aprovação e de desaprovação desse modelo, realizados por profissionais das equipes de saúde matriciadas mostram que muitos trabalhadores da saúde ficaram predispostos ao pleno acolhimento ou à rejeição integral da nova proposta.

Durante os fóruns realizados nos primeiros meses os debates foram intensos e acalorados, denunciando a formação débil dos profissionais de saúde das equipes de referência e do próprio NASF no que tange ao trabalho com famílias e à

humanização dos serviços de saúde. Esses profissionais afirmavam desconhecer os conceitos de responsabilidade compartilhada, gestão do cuidado, clínica ampliada, apoio matricial e projeto terapêutico singular. Alguns opositores mais ferrenhos do NASF chegaram a referir que esse novo dispositivo de trabalho constituía uma manobra eleitoreira do Governo Federal, que não estava realmente interessado em aprimorar os serviços de saúde pública no Brasil. Para refutar essas críticas corrosivas os gestores municipais demonstraram que os conceitos mencionados fazem parte da Política Nacional de Humanização (PNH) formulada pelo Ministério da Saúde com base em experiências exitosas que já somam décadas de existência em todo o território nacional, não podendo ser creditadas a essa ou aquela conjuntura política.

Apesar das controvérsias prevaleceu o princípio de que as atividades desenvolvidas pelo NASF em um determinado território de abrangência não devem estar isoladas da dinâmica das equipes de saúde da família, pois do contrário haveria uma reedição da hegemonia do especialismo, ineficaz para atender à demanda hipertrofiada e reprimida corporificada nas UBS´s.

Como consequência, um segundo princípio estabelece que os casos clínicos e todas as propostas de intervenção do NASF são abordados nas reuniões das equipes de saúde da família. A reunião de equipe, instância decisória por excelência no contexto da ESF, não pode ser amputada do processo de trabalho porque isso implicaria em minar os alicerces da ESF, interditando as pactuações necessárias a cada caso examinado. Uma pactuação elaborada em uma reunião de equipe evita ruídos na comunicação e garante a corresponsabilidade pelas ações planejadas. Em situações emergenciais pode ser realizada alguma intervenção solicitada fora da reunião, o que constitui, entretanto, um procedimento de exceção.

Evitar a indesejável transferência de responsabilidades é uma medida de importância capital. As equipes NASF devem inserir- se na ESF realizando um movimento de composição e de preservação dos papéis inerentes a cada uma. É imperioso que uma equipe de apoio não assuma a responsabilidade de sanar deficiências estruturais das UBS´s e das equipes matriciadas.

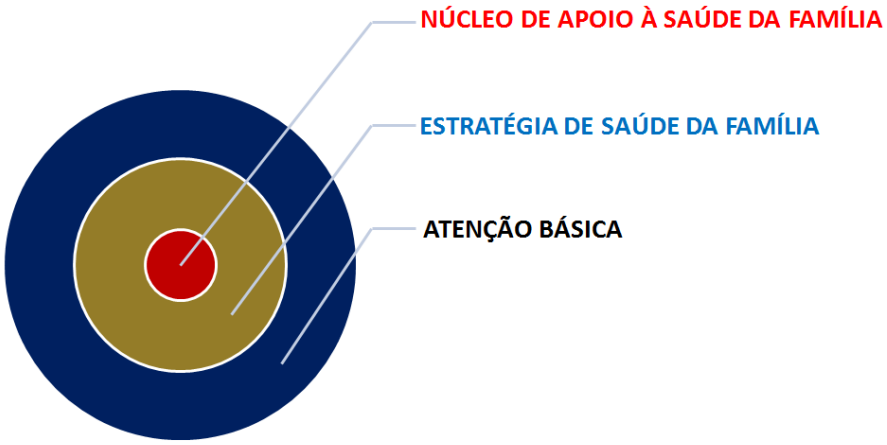
Nesse sentido, interessante exemplo foi mencionado durante a permuta de impressões entre os integrantes de um fórum de debates realizado na Zona Norte. Segundo um profissional do NASF, determinado médico de equipe de saúde da família afirmara: “Se eu tivesse mais tempo faríamos o grupo de adolescentes

funcionar novamente. Como eu não disponho de meios para isso, gostaria que o NASF assumisse a condução do grupo para que pudéssemos reativá-lo".

O NASF será sempre um parceiro: oferece suporte, mas não ocupa o lugar reservado às equipes de saúde. Qualquer intervenção deve ser compartilhada, sem transferência de responsabilidades e atribuições, conforme orientação do documento Equipes de Referência e Apoio Matricial (BRASIL, 2004). Somente dessa forma a equipe de apoio poderá colaborar com o protagonismo das equipes de saúde e o da comunidade. A equipe de saúde da UBS muitas vezes dispõe de recursos internos (individuais e coletivos) ainda pouco explorados. É ilusório, por exemplo, acreditar que os profissionais de nível superior possuem tecnologias capazes de atender a todas as demandas. O investimento nas potencialidades singulares do profissional de saúde, independentemente da sua formação, é uma premissa da PNH, uma vez que pessoas diferentes dispõem de diferentes capacidades de resiliência e manejo de problemas.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) preconizam que a Atenção Básica (ou Atenção Primária) é um serviço de baixa densidade tecnológica e alta complexidade humana. Por essa razão, o NASF representa um aporte de recursos humanos especializados com a finalidade de aprimorar os serviços oferecidos na Atenção Básica para torná-la mais robusta e mais resolutiva e contribuir, assim, para a redução do número de atendimentos tecnologicamente complexos fora do âmbito da ESF. Essa equipe multiprofissional, portanto, deve favorecer a redução dos encaminhamentos com base nos processos de **referência** e **contraferência**, evitando tornar-se mais uma instância para a reprodução do modelo sanitário centrado na doença.

Do NASF espera-se que preserve coerência com a Atenção Básica, em razão de estar inserido nesse nível de atenção à saúde, conforme demonstrado no esquema 9:



Esquema 9 – Localização do NASF na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família

Portanto, entre os profissionais refratários à proposta do NASF é fácil identificar um grande contingente que, em realidade, é refratário ao próprio modelo de Atenção Básica, havendo vários motivos para isso, entre os quais o fato de alguns profissionais ingressantes em equipes NASF já haverem trabalhado em Unidades de Saúde e manterem agenda aberta, método de atendimento compatível com o perfil ambulatorial. Como as intervenções do NASF possuem outro teor, esses profissionais necessitam adaptar-se ao funcionamento das equipes de saúde, com as naturais dificuldades que lhes são próprias.

Além disso, diversas categorias da área de saúde integrantes do NASF têm se mostrado insatisfeitas durante o processo de adaptação à nova forma de trabalho por possuírem uma trajetória de atuação clínica desvinculada da Saúde Coletiva. Para tais profissionais a atuação em uma esfera de intervenção mais ampliada soa como uma renúncia à sua formação original. Um exemplo de intervenção ampliada é o dos médicos acupunturistas que trabalham com base no referencial da medicina tradicional chinesa, esfera de atuação que engloba outras práticas além do uso de agulhas. Algumas atividades de intervenção ampliada merecem um relato circunstanciado para que possam ser reproduzidas em outros locais, como por exemplo a oficina de contação de histórias para crianças, realizada com grande êxito pela UBS Santa Maria, zona norte de São Paulo, no espaço da biblioteca pública local.

Do profissional atuante na esfera comunitária espera-se que seja capaz de distinguir com clareza a visão biomédica da visão de Saúde Coletiva, pois elas

diferem em aspectos fundamentais, o que exige do trabalhador da saúde conhecimentos sobre os diferentes enfoques e adoção de uma postura pessoal frente a isso.

Fica evidente que para concretizar a proposta do NASF é preciso que seus integrantes desconstruam idiossincrasias centradas no exclusivismo da especialidade, sem perda, contudo, do olhar diferenciado que o especialista matriciador possui em função de sua singularidade profissional. Para ser coerente com a ESF o especialista que integra uma equipe de apoio matricial não deve abdicar do seu saber. O importante é que o seu olhar diferenciado seja colocado a serviço dos princípios fundamentais da Atenção Básica e que esteja disposto ao exercício de trocar saberes com seus pares (interdisciplinaridade), conforme recomenda o documento Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007). Essa troca de saberes não exige uma dissolução completa das fronteiras disciplinares, como advogam alguns teóricos.

As resistências apresentadas pelas equipes de saúde, no que diz respeito à implantação do NASF, são reforçadas pelas posturas anacrônicas de uma parcela significativa da população. Diversas equipes de saúde da família queixam-se de que a comunidade se arvora em determinar o que é uma intervenção eficaz. Muitos usuários consideram que o atendimento mais adequado é aquele em que ocorre uma intervenção incisiva e tecnicamente mais complexa. Por isso, permanecem exigindo das equipes um acesso injustificável a encaminhamentos para especialistas, exames, cirurgias, tratamentos invasivos e outras providências que têm o condão de causar uma impressão positiva no consulente. Na questão da queixa escolar temos um campo apropriado para a disseminação desse conceito equivocado, uma vez que aos olhos de muitos usuários somente é considerada eficaz para uma criança com dificuldades de aprendizagem a intervenção que coloca uma prescrição medicamentosa nas mãos do paciente.

No entanto, não compete aos cuidadores realizar concessões inoportunas. Pelo contrário. O NASF deve apoiar as equipes num esforço para modificar a lógica perversa e disfuncional que tenta fazer do profissional da equipe de saúde da família um refém de demandas artificiais, o que representa uma ingerência não autorizada da população, acostumada ao modelo biomédico e curativo com o qual esteve em contato antes da implantação do SUS.

Parte da comunidade e dos profissionais de saúde acalenta a expectativa de que os profissionais do NASF se dediquem ao atendimento ambulatorial e individualizado, sob o signo de uma abordagem clínica tradicional e sem articulações de saúde coletiva (prevenção e promoção de saúde). Se tais articulações estiverem ausentes do processo de trabalho do NASF não haverá justificativa para a sua permanência na Atenção Básica.

Os profissionais do NASF devem adotar um perfil de trabalho orientado por uma abordagem social-comunitária, que pressupõe postura crítica e criativa capaz de oferecer suporte a práticas éticas desenvolvidas em prol do empoderamento dos usuários dos serviços de saúde. Contudo, essas áreas de estudo e pesquisa ainda se apresentam de forma muito incipiente na estrutura curricular dos cursos de graduação no Brasil, entre os quais, o de Psicologia.

Em meio aos entrechoques provocados pela instalação de uma nova forma de fazer saúde, algumas Unidades Básicas decidiram realizar reuniões abertas de aproximação e intercâmbio de experiências, no intuito de que o NASF iniciasse um vínculo com os trabalhadores das unidades. Tais reuniões permitiam a livre participação em função do interesse de cada profissional, independentemente da sua categoria (ACS, enfermeiro, administrativo etc.). Ou seja, tratava-se de uma reunião sem o qualificativo de reunião técnica, reunião geral ou qualquer outra especificação. Em fóruns de discussão realizados na Zona Norte, por exemplo, alguns grupos NASF relataram a utilização dessa metodologia e os resultados satisfatórios obtidos, sobretudo graças à expressiva adesão dos Agentes Comunitários de Saúde.

Na esteira desse raciocínio, surgiu na fase inicial do NASF uma demanda das UBS´s: a de uma intervenção voltada especificamente para os integrantes das equipes de saúde, o que implicou na necessidade de desenvolver atividades de acolhimento e escuta de inquietações decorrentes dos desafios avolumados no contato com o território e com os pacientes. Vale ressaltar que uma proposta desse teor não pode pretender esgotar todas as questões, nem pode configurar um processo de terapia de grupo, o que não seria factível no contexto da Atenção Básica e no modelo de apoio matricial, embora tenham surgido notícias de que algumas equipes NASF aventuraram-se nesse terreno pantanoso e controverso.

A partir do quadro desenhado por esse novo dispositivo de saúde pública (NASF) podemos elencar mais alguns aspectos que constituem entraves para a

instalação do trabalho proposto. A entrada de profissionais de núcleos de saber especializados no circuito de trabalho da ESF parece ter induzido muitos usuários dos serviços de Saúde a colocarem em cheque a necessidade de um profissional generalista (o médico de família, a enfermeira de família). Esses usuários terminam por exigir o serviço do profissional do NASF sem a mediação da equipe de Saúde da Família responsável pelo território, exigência essa que, uma vez atendida, poderá promover uma fratura na proposta da ESF e do próprio NASF. Testemunhamos inúmeras situações em que usuários chegavam à Unidade de Saúde procurando, por exemplo, diretamente o psicólogo do NASF, pois haviam sido informados que o posto agora contava com "serviços de psicoterapia" com agendamento mensal.

Uma dificuldade enfrentada pelo psicólogo do NASF é relativa aos processos de trabalho na rede de serviços de saúde: sua estrutura é pré-estabelecida e frequentemente pouco permeável a inovações funcionais. Ao lado disso observamos uma fragmentação nos serviços, uma vez que as ações intersetoriais são esporádicas e de alcance reduzido na tessitura da rede.

Conforme explicitado, a formulação dessas questões foi fortemente inspirada no trabalho da equipe NASF a que pertenci e no trabalho de outras equipes com as quais realizei um precioso intercâmbio em diversos fóruns promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e pelas instituições parceiras da ESF da capital paulista. Como o NASF foi implantado há somente três anos, ainda não há publicações suficientes para dar a conhecer toda a extensão de seu processo de adaptação aos serviços de sua competência.

Com base no exposto acerca da atuação do NASF é possível entrever os obstáculos que se apresentam quando esses profissionais são convocados a intervir em situações que envolvem a queixa escolar.

3.3. O NASF, a Queixa Escolar e as Demandas do Território

Os profissionais que atuam na Saúde Pública, especialmente no NASF, são convidados a abandonar sua zona de conforto no que se refere ao manejo da queixa escolar. Para possibilitar o necessário salto qualitativo é preciso considerar a complexa gama de fatores determinantes do surgimento de demandas relativas ao fracasso na aprendizagem, alguns dos quais mencionei na apresentação desse

trabalho. Os dois relatos apresentados a seguir constituem casos bastante ilustrativos disso.

Caso 1

Nossa equipe era formada pelos seguintes profissionais: farmacêutico, assistente social, médico acupunturista, médica psiquiatra, fisioterapeuta, psicóloga e médica ginecologista/obstetra. Nos organizávamos em duplas de profissionais para participarmos das reuniões das equipes de saúde da família, sendo nossa responsabilidade realizar o matriciamento, ou seja, o apoio técnico para montagem e execução de projetos terapêuticos destinados a cada indivíduo e a cada família.

Certa vez, uma mãe procurou a sua agente comunitária de saúde na UBS Santa Maria, uma das unidades de saúde cobertas pela equipe NASF que eu integrava. A mãe estava aflita porque a coordenadora pedagógica da escola em que o seu filho estudava lhe fez uma exigência extremamente incisiva. Dentro de dez dias a mãe deveria apresentar na escola um laudo médico-psicológico sobre a capacidade cognitiva da criança, bem como iniciar um tratamento medicamentoso com o filho, que apresentava dificuldades de concentração e de assimilação de informações em sala de aula, segundo avaliação da própria instituição de ensino. Se o documento não fosse encaminhado à coordenadora e se o tratamento não fosse iniciado no prazo indicado o caso seria encaminhado ao Conselho Tutelar, ficando a mãe sujeita a perder a guarda da criança. Como integrantes da equipe NASF entenderam que se tratava de uma exigência esdrúxula e exorbitante, marcamos uma reunião com a coordenadora para solicitar esclarecimentos e propor alternativas. Estariam presentes na reunião: eu, a psicóloga e o médico da equipe de Saúde da Família.

Ao chegarmos à escola fomos anunciados e esperamos um largo tempo. Quando entramos na sala, a coordenadora nos recebeu com reservas e procurou ser lacônica ao longo de todo o diálogo. Esclareceu que se tratava de um mal entendido, que jamais havia mencionado a intervenção do Conselho Tutelar sobre o caso e atribuiu à mãe da criança a responsabilidade pelo ruído na comunicação.

Ao término do breve encontro a coordenadora fez questão de enfatizar que apenas desejava ter certeza de que a criança gozava de um perfeito estado de saúde, pois dessa forma poderia inscrever o garoto em ações pedagógicas de

reforço especialmente dirigidas a “alunos-problema”. A coordenadora elucidou que se tratava um procedimento corriqueiro na instituição.

No mesmo dia fizemos uma nova visita à mãe e ela reafirmou as exigências da coordenadora, reforçando a impressão de que havia incongruências e desencontro de informações.

No entanto, um detalhe nos chamou a atenção e ofereceu pistas para elucidar aquela situação insólita. Ao longo da reunião com a nossa equipe a coordenadora referiu-se ao fato de que, periodicamente, deve prestar contas do rendimento dos alunos de sua escola aos gestores municipais do setor de Educação. O seu comentário, embora sucinto, nos permitiu deduzir que o laudo e o tratamento médico exigidos da mãe constituíam um recurso utilizado pela coordenadora para eximir-se de qualquer responsabilidade pelo baixo desempenho escolar do aluno. De posse do laudo e das prescrições medicamentosas a diretoria da escola estaria isenta de qualquer sanção por parte da Secretaria de Educação. Ou seja, a instituição educacional estaria livre de ser reconhecida como “uma escola em que os alunos não conseguem aprender”.

Em síntese, em nenhum momento a direção do estabelecimento de ensino pensou em abordar efetivamente as dificuldades da criança, muito menos em considerar possíveis condicionantes não biológicos do caso.

Caso 2

Nossa equipe NASF foi acionada para discutir o caso de um garoto de nove anos de idade chamado R., que apresentava várias dificuldades, entre as quais problemas de má alimentação, relacionamento turbulento com a mãe e ausências reiteradas às atividades escolares. Quando comparecia à escola seu rendimento era baixo e ele se queixava em sala de aula de um extremo desconforto produzido por seu desinteresse e dificuldade de aprender. Sabendo da existência do NASF, a mãe procurou a agente comunitária para agendar uma consulta e informou que gostaria que o médico prescrevesse algum medicamento para o filho “ficar mais calmo”. Solicitou também o apoio de um nutricionista para o garoto, já que ele não conseguia abandonar o vício de comer batatas fritas todos os dias e apresentava expressivas alterações nas taxas do hemograma.

A equipe de referência considerou tratar-se de um transtorno nutricional acompanhado da intensa tristeza da criança provocada pela perda do pai, falecido há poucos meses. Foi levantada a hipótese de depressão infantil. Em equipe composta por mim, a psicóloga do NASF e a agente comunitária de saúde visitamos o domicílio para conversar com a mãe e a criança no ambiente doméstico, no intuito de aferir outros fatores possivelmente responsáveis pelas dificuldades, principalmente as relativas à queixa escolar.

Ao chegarmos à residência da família constatamos que a criança não morava de fato naquela casa, que era, na verdade, a residência da avó de R., também presente no dia da visita. Durante a visita fizemos constatações que tornaram o quadro mais complexo do que parecera à primeira vista. De fato, o garoto era órfão de pai há quase quatro meses. Superada sua retração inicial, R. contou que o pai era cantor e fazia shows musicais em bares do bairro Cachoeirinha. A causa da sua morte foi apresentada de modo muito obscuro pelas responsáveis por R. Elas limitaram-se a referir um infarto fulminante do miocárdio, o que nos causou surpresa por tratar-se de um homem com idade inferior a 30 anos. O garoto contou que todos os dias o pai lhe preparava batatas fritas para o almoço. A ligação entre ambos nos pareceu mais estreita do que a observada entre a criança e sua mãe, deixando inclusive transparecer um certo desconforto do menino relativo a sua mãe. A avó paterna, ali presente, nos pareceu muito preocupada com a relação mãe-filho. A mãe, por sua vez, nos disse que estava sem trabalho e sentia grande dificuldade para sustentar a família. Afligia-se com o fato de não ser obedecida pelo menino, que permanecia na rua por muitas horas durante o dia e menosprezava os estudos. Temia que ele se envolvesse com o consumo e o tráfico de drogas, conhecidos na região por seu grande vulto. Reforçou o pedido de prescrição de medicamentos que tornassem seu filho mais obediente, mais calmo e com melhor aproveitamento escolar. Como normalmente acontece, tivemos que ser hábeis para demonstrar que seria precoce administrar medicamentos a uma criança antes de uma avaliação criteriosa, sob pena de usar desnecessariamente substâncias de ação cerebral, que sempre constituem um risco a ser evitado.

Encerrada a consulta domiciliar, em diálogo com a ASC tomamos conhecimento de informações não mencionadas na reunião de equipe. A agente afirmou que o garoto realmente nutria afeto mais intenso pelo pai do que ela mãe. A prova disso é que o nome utilizado pelo menino nas redes sociais era um fragmento

do apelido ostentado pelo pai em suas apresentações musicais. A dificuldade de relacionamento com a mãe fora desencadeada por um episódio de infidelidade conjugal protagonizado por ela no ano anterior. Tal acontecimento provocou desarticulação nas relações familiares e por haver suscitado grande mágoa no pai de R. este sentia-se no direito de ser insubordinado em relação à mãe. A mãe e o pai faziam uso esporádico de cocaína, o que provavelmente causou o falecimento do genitor, fato não admitido publicamente pela família. Além de não trabalhar e de fazer uso intermitente de drogas, a mãe manteve o relacionamento com o homem que havia sido o pivô do episódio extraconjugal, acentuando a rejeição de R. pela mãe e intensificando as situações de desobediência e de fuga da escola.

De posse dessas informações agendamos uma nova discussão do caso na reunião de equipe da semana seguinte.

Com a participação do médico e da enfermeira concluímos que a alimentação inadequada de R. não poderia ser classificada como um problema nutricional. O consumo desenfreado de batatas fritas era uma forma de tornar presente o pai nos momentos de solidão e de saudade, uma vez que aquele alimento era feito especialmente para ele pelas mãos do seu grande ídolo e depositário de afeto. A avalição da psicóloga também não referendava a hipótese de depressão infantil. Ao mesmo tempo não estávamos diante de um transtorno de aprendizagem, pois em meio a essa complexa trama familiar não era de se estranhar a ocorrência de abalos no processo escolar.

Decidimos em favor de uma terapia familiar para tentar um manejo efetivo das demandas em questão, começando por trabalhar a autoestima da criança por meio da valorização de seus potenciais, dado que o garoto nos pareceu muito inteligente e interessado em progredir. Para iniciar a intervenção agendamos uma nova visita domiciliar.

Ao chegarmos à casa da família conversamos com R. sobre assuntos de seu interesse que não estivessem relacionados à escola ou à alimentação. Como era de se esperar notamos que os membros da família acharam um tanto estranha uma abordagem que não insidia diretamente sobre as queixas apresentadas pela mãe. A certa altura da visita o menino nos disse que gostaria de ser médico. Aproveitando a oportunidade propus:

— Que tal vermos então como ficaria o Dr. R. vestido com seu jaleco?

Os olhos da criança brilharam. Retirei meu jaleco e o coloquei no garoto, acrescentando que todo médico deveria saber examinar os seus pacientes para poder trabalhar. Pedimos o estetoscópio à enfermeira e solicitamos que ele examinasse a mãe e a avó. Todos entraram no espírito lúdico daquele momento e assim realizamos uma de nossas visitas domiciliares mais gratificantes.

Daí por diante agendamos outras visitas domiciliares e incluímos atendimentos individuais na UBS para a criança e sua mãe. Depois de alguns meses havíamos obtido resultados significativos sem o uso de medicamentos psicoativos.

Caso 3

Em uma reunião de uma das equipes de saúde da família por nós apoiada, os agentes comunitários de saúde apresentaram o caso de M., uma menina de 11 anos de idade, que apresentava dificuldades de aprendizagem. Ela já fora atendida duas vezes pelo médico da equipe, que ouviu da mãe um relato significativo: a família estava passando por um momento difícil, pois havia suspeita de tentativa de abuso sexual por parte do pai. A polícia estava apurando o caso a partir da denúncia feita pelos vizinhos, embora a mãe garantisse que tudo não passava de um mal entendido. No bojo desses acontecimentos sobressaltava a dificuldade de rendimento escolar de M.

Ao longo da reunião a equipe de saúde da família solicitou apoio e afirmou que um dos fatores preponderantes para o insucesso no atendimento dessa criança era a não utilização de medicamentos, embora houvesse solicitação dos pais nesse sentido e houvesse concordância da equipe. As opiniões expressas por integrantes da equipe permitem identificar a força do mito segundo o qual o uso de substâncias psicoativas é recomendável nos casos de queixa escolar. Esse mito, presente no imaginário de leigos e de profissionais das mais diversas áreas de atuação, faz com que seja atribuído ao medicamento o poder de solucionar toda e qualquer demanda relativa ao comportamento humano, bastando para isso um único e breve contato com o profissional prescritor, mesmo que este desconheça por completo a biografia do indivíduo e seu contexto de vida.

Mesmo entendendo que a equipe de apoio matricial poderia sugerir recursos eficazes de intervenção, a extrema insegurança da equipe matriciada levou-nos a ceder e a agendar uma consulta para M. e seus pais na Unidade Básica de Saúde.

O ato de ceder, no contexto explicitado, representou uma postura de acolhimento da angústia manifestada pelos membros da equipe de saúde. Como o trabalho em conjunto com aquela equipe ainda era recente, decidimos recuar para não prejudicar o vínculo com seus integrantes. A demanda relativa à necessidade de avaliar se a criança precisaria de fato de tratamento medicamentoso justificava a minha presença na interconsulta.

No dia agendado a criança e sua mãe compareceram ao Posto de Saúde conforme solicitado pela agente comunitária responsável pela família. Estávamos presentes eu e a psicóloga da equipe de apoio matricial. A mãe informou que o pai não havia conseguido liberação do trabalho para poder participar. M., menina tímida, de pele clara, cabelos louros e crespos, entrou na sala e em nenhum momento olhou para dupla de profissionais e manteve-se nessa postura enquanto falávamos com a mãe a respeito das suas dificuldades de aprendizagem.

Ela acompanhava as aulas de modo muito precário porque não conseguia manter a atenção e, ao mesmo tempo, não retinha as informações apresentadas em sala. Também revelava extrema dificuldade para escrever qualquer informação, inclusive o próprio nome. Segundo a coordenação pedagógica da escola a aluna estava na iminência de ser reprovada naquele ano letivo devido à insuficiência de rendimento, praticamente irreversível nos poucos meses restantes daquele semestre letivo.

Buscando novas informações sobre os aspectos gerais da dinâmica familiar fomos informados com mais detalhes a respeito da denúncia que vinha abalando a família. Segundo a mãe, numa noite do mês anterior o pai havia se aborrecido com a filha por um motivo banal e ameaçou bater nela como recurso de repreensão paterna, “em nada diferente do que qualquer pai faria com seu filho”, relatava a mãe. M. passou a gritar alto pedindo que o pai não fizesse aquilo com ela. Os vizinhos, ouvindo as vozes que atravessavam a noite (quase madrugada), deduziram tratar-se de uma tentativa de abuso sexual intrafamiliar. No dia seguinte protocolaram uma denúncia junto à polícia e foi desencadeado um processo de desconfiança e repúdio dos vizinhos em relação àqueles pais. Ao pai, por causa da tentativa de violência sexual contra a própria filha e à mãe, por silenciar diante do ocorrido.

M. tinha um irmão de 14 anos, com o qual o pai era mais flexível e usava de menor austeridade. Com M. o pai adotava mais severidade e ditava longos sermões

repreensivos. Seu uso abusivo e diário do álcool o deixava alterado, acentuando ainda mais a sua postura ríspida com a filha.

Em dado momento solicitamos a M. que nos dissesse como via tudo aquilo. Demonstrando um profundo constrangimento diante da nossa tentativa de comunicação, ela permaneceu com a cabeça baixa e as lágrimas escorreram suavemente por suas faces. A mãe assinalou que esse comportamento era recorrente: sempre chorava, tímida ou intensamente, ao ouvir comentários sobre ela e sempre que a voz dos pais apresentava-se com mais firmeza, cobrando-lhe algo como lavar os pratos, levantar-se do sofá para ir deitar-se, pegar um objeto etc.

Indagada a respeito de suas dificuldades de aprendizagem disse que não conseguia reter nem reproduzir informações. Discorreu um pouco sobre seu lugar de estudo, sobre as professoras e os colegas de turma. Em seguida, comentando a respeito de seu frágil desempenho escolar, esclareceu:

— Eu até acho que entendo alguma coisa do que a professora ensina – dizia ela, lacrimosa –, mas quando alguém me pergunta eu não consigo explicar o que entendi.

Questionada sobre sua relação com o pai, declarou:

— Ele gosta mais do meu irmão. Comigo quase nem fala. E quando fala é pra dizer que sou burra... Que não aprendo nada e que tenho problemas... Que não faço nada direito... E eu acho que sou burra mesmo...

Essas palavras foram pronunciadas com lágrimas profusas. Seu depoimento era pungente e os comentários espontâneos abrangiam mais a vida em família do que a escola. A garota acrescentou que o irmão mais velho, que antes a tratava com carinho, depois de um tempo passou a referir-se a ela exatamente como o pai fazia. Assim, as palavras “burra”, “incapaz” e outras equivalentes passaram a brotar também da boca do irmão. Além disso, o menino não era solicitado a ajudar nas tarefas domésticas, responsabilidade que pesava somente sobre os seus ombros de “filha-mulher”, já que os pais entendiam que um “filho-homem” não deveria ser cobrado, uma vez que esse aspecto da vida familiar não é da responsabilidade dos “homens da casa”. A mãe interveio e decidiu fazer alguns reparos à fala da filha, suavizando o relato, dizendo que “as coisas não eram bem assim” e que os genitores davam atenção também à filha. Convidada a falar sobre o que ela fazia quando o pai, alcoolizado, entrava em casa e intensificava a sua aspereza em

relação à menina, ela relatou não poder fazer muita coisa. Afinal, “era ele quem sustentava a casa”.

Depois de ouvir esses relatos conversamos com a menina sobre amenidades, no intuito de estabelecer um vínculo com ela, sem abordar nenhum dado referente à escola ou à família para evitar a adoção de uma postura invasiva. Por fim decidimos encerrar aquele encontro inicial e agendar outro.

Vale salientar que M. se mostrava mais constrangida quando era eu que tentava me comunicar com ela e menos constrangida quando falava com a psicóloga. A sua comunicação comigo fluía com maior dificuldade. Como M. desconhecia nossa categoria profissional, ficou automaticamente inviabilizada a hipótese de que ela poderia estar se sentindo mais confortável com a profissional de psicologia.

No encontro seguinte ela entrou na sala um pouco mais à vontade. Até sorriu discretamente, embora insistisse com o comportamento já conhecido de baixar a cabeça e não olhar para integrantes da nossa equipe. A mãe comentou que ela havia passado a semana mais tranquila, além de ter dito aos pais, por duas ou três vezes, que eles deveriam ter cuidado para não esquecerem a data da consulta no Posto. Para nós foi um sinal de que a tentativa de estabelecer um vínculo inicial havia sido coroada de êxito.

A psicóloga começou a conversar com ela e lhe pediu que escrevesse seu nome e os de seus familiares em uma folha de papel. Entre uma hesitação e outra, ela escreveu os nomes errando apenas algumas letras do nome da mãe e do irmão. A psicóloga aproveitou para conduzi-la a pensar na sua autoimagem, alegando que ela não era “burra” ou “incapaz” e que acreditava que os seus problemas de aprendizagem poderiam diminuir com algum esforço dela própria. Todo o encontro girou em torno de exercícios motores e cognitivos, sem nenhuma tentativa de analisar o contexto familiar.

No terceiro encontro M. chegou ainda mais à vontade. Dessa vez além de mim e da psicóloga estavam presentes a fisioterapeuta e a ginecologista/obstetra. No retorno à reunião da equipe G havíamos compartilhado a impressão inicial bastante relevante de que a garota parecia não sentir-se bem diante da presença masculina. Havia resistência em se comunicar comigo e isso remetia à mencionada denúncia sobre o abuso sexual, cuja possível confirmação evidentemente perturbava a todos nós. Por essa razão quando entramos no consultório ficamos atentos a isso.

Em dado instante, percebendo que não havia muito progresso na comunicação de M. com os profissionais, perguntei a ela se gostaria que eu saísse para deixá-la com minhas colegas. Mal ouviu a pergunta e já aceitou a proposta. Saí do consultório e aproveitei a oportunidade para conversar com a mãe, que relatou uma melhora na autoestima da filha e um aumento de interesse pela escola. Disse que até mesmo a caligrafia de M. estava mais bem delineada, conforme se poderia ver em seu caderno de tarefas escolares.

Fim da consulta. As profissionais que atenderam a garota relataram que houve uma interação mais fluida entre elas e a paciente, que respondeu bem à presença exclusivamente feminina no consultório, a tal ponto que a ginecologista conseguir dialogar com ela sobre menstruação e higiene feminina. A própria M. solicitou às profissionais de saúde:

— Na próxima vez em que a gente conversar eu queria que fosse um encontro só de meninas! Pode ser?

O combinado foi feito e daí por diante essa foi a forma de atendê-la: apenas as minhas colegas de equipe permaneceriam no consultório.

Em reunião da equipe de saúde da família entendemos ser positivo manter a estratégia que se mostrara eficaz: enquanto minhas colegas atendessem a menina no consultório, eu ficaria do lado de fora conversando com a mãe, aproveitando para estabelecer com ela uma linha de diálogo que seria muito improvável manter na presença da filha. A intenção desse procedimento era aferir de forma mais acurada a trama das relações familiares, conforme a proposta da ESF, na qual os projetos terapêuticos são elaborados para toda a família do usuário dos serviços de saúde que procura a Unidade de Atendimento. Continuava a nos causar espanto que o pai, convocado pela equipe de saúde da família a participar das consultas, jamais obtivesse liberação no trabalho para participar da intervenção.

As consultas estavam sendo realizadas semanalmente. No entanto, por questões relativas à agenda da equipe de apoio, foi preciso dilatar o intervalo entre sessões e o quarto encontro foi marcado para 20 dias depois da terceira intervenção. Tivemos uma surpresa negativa: os progressos alcançados pareceram haver naufragado em meio a acontecimentos que não pudemos identificar. Os exercícios motores e cognitivos foram executados de forma precária, a descontração do ambiente não foi tão visível e a menina voltou a manter a cabeça baixa na maior parte do tempo, sem se permitir um contato mais próximo com as profissionais. Do

lado de fora, sem saber o que se passava no consultório, não tive razões para modificar a tônica do meu diálogo com a mãe e questioná-la sobre alguma ocorrência intempestiva que respondesse pelo comportamento diametralmente oposto da paciente.

De volta à reunião de equipe decidimos investir em duas alternativas: uma consulta domiciliar e uma visita à escola, ambientes que só conhecíamos por meio dos relatos da família. Consideramos que era chegada a hora de conhecer esses espaços.

A primeira tentativa de agendar a consulta domiciliar não foi bemn sucedida. Os pais alegaram a necessidade de viajar por causa de uma doença na família. Parentes do interior do Estado precisavam de auxílio e eles deveriam colocar-se à disposição deles por aproximadamente 15 dias. Também não conseguimos visitar a escola porque a professora de M. estava em licença por alguns dias para solucionar assuntos particulares. Tivemos que aguardar por melhores condições para dar continuidade a nosso projeto terapêutico.

Cerca de 30 dias depois desses acontecimentos, a agente comunitária de saúde, em visita regular à sua microárea, esteve na casa da família e fez o contato para a retomada de todo o processo, recebendo da mãe uma postura de desdém e de relutância em prosseguir com os atendimentos. Depois de três tentativas frustradas para agendar a visita domiciliar a mãe foi convidada pela equipe de saúde da família a comparecer à Unidade Básica de Saúde.

No dia aprazado ela compareceu ao Posto e fizemos uma reunião com o médico, a enfermeira e a agente comunitária, contando com os integrantes da equipe de apoio matricial envolvidos no caso. Sob a alegação de que a referida doença na família havia criado obstáculos para o atendimento da menina e de sua família, a mãe comprometeu-se a empreender esforços para recuperar os avanços conquistados, mostrando-se grata pelo atendimento da filha e interessada em vê-la evoluir. Nas últimas semanas muitas vezes a garota havia chegado da escola com o desejo de fazer as lições, embora auxiliada pela mãe e ainda demonstrando nítidas dificuldades, conforme também vinha acontecendo no período em que estava sob nossos cuidados. Somente necessitava de mais alguns dias para organizar a vida da família e retornar em definitivo para o cotidiano, ao mesmo tempo em que M. passaria novamente a frequentar a escola.

Passados 20 dias a mãe procurou a equipe de saúde da família e disse que não seriam mais necessários os cuidados que estavam sendo oferecidos à sua filha até aquele momento, pois a família estava de mudança para o Interior e já havia providenciado inclusive a transferência escolar da menina.

A partir dessa decisão familiar e uma vez retirada a queixa escolar, registramos os acontecimentos em prontuário e, para frustração de toda a equipe que compartilhava o avanço desse processo, encerramos as discussões sobre aquela família em nossas reuniões. Um dos procedimentos necessários quando uma família se retira da região adstrita da Unidade de Saúde é o seu imediato descadastramento.

Decorridos alguns meses a nossa equipe de apoio matricial passou a dar suporte especializado a outra Unidade de Saúde, inviabilizando a realização de qualquer intervenção destinada a contribuir com o processo de cuidado integral de M. e de sua família.

Quase 12 meses após o último contato com a mãe de M., encontramos a agente comunitária de saúde em um evento sobre saúde mental e sua interface com a escolarização. Dialogando com essa profissional fomos informados que a família de M. não havia saído da cidade e que, num certo dia M. havia chegado em sua casa com sangramento genital não relacionado à menstruação, uma vez que a menina ainda não havia experimentado a menarca. Ao lado dessa revelação, a agente nos informou que a menina estava mantendo relacionamento sexual às ocultas com um homem casado, de 40 anos de idade, cujas consequências, bem se vê, seriam imprevisíveis para todos os membros da família.

A abordagem de casos como esse é um dos desafios mais complexos quando se fala em saúde da família em ambientes de alta vulnerabilidade social. Também soubemos que a menina havia sido reprovada por não conseguir avanços no seu desempenho escolar.

Vale salientar que desde o seu descadastramento a família não contava mais com os serviços da Unidade de Saúde e nem revelava o desejo de reaver tal possibilidade. Para nossa equipe de apoio foi um desfecho incisivo e difícil de digerir, principalmente levando-se em conta os progressos que havíamos alcançado nas intervenções iniciais.

Os dois relatos apresentados reforçam a necessidade de reflexão por parte dos profissionais do NASF, que devem estar cientes, entre outros aspectos, das

consequências sanitárias e sociais da medicalização da educação e do uso indiscriminado de psicofármacos em situações de queixa escolar.

"Tentamos, a cada momento, construir nossa cidadania, que não pode existir apenas para nós, mas tem que ser para todos, para existir. Entretanto, às vezes, nos prendemos a formas de pensamento que trazem, em si, a concepção de um mundo fundado em privilégios e carências."

Cecília Azevedo Lima Collares
Maria Aparecida Affonso Moysés

4. DISCUSSÃO

Em relação ao desafio representado pelo fracasso escolar, os autores brasileiros que produzem nesta área do saber têm assegurado que o ato de biologizar as vicissitudes da escolarização reduz questões sociais a doenças de indivíduos. Ao me debruçar sobre esta afirmação eu identifico a premência de se fazer uma distinção muito sutil.

Ao reduzir os tensiomentos de classe a distúrbios neurológicos ou psiquiátricos a ideologia medicalizante transporta o problema para o plano individual, mas não para o plano do indivíduo. Se pensarmos que a subjetivação conduz o indivíduo ao patamar de sujeito social, o que se opera com a biologlização do processo ensino-aprendizagem é a emergência de uma nova categoria identitária que Ortega (2008) denomina de **sujeito cerebral**. O cérebro passa a ser o elemento que molda a identidade de forma exclusiva, descartando-se o contributo da historicidade que acompanha o trajeto existencial das pessoas. Dessa forma as doenças neurológicas ou psiquiátricas que supostamente responderiam pelas dificuldades de aprendizagem não são sequer do indivíduo, mas do seu cérebro. Cria-se então uma tríade: a relação que, anteriormente, à luz do conceito de laço social, poderia ser formulada como “eu e o outro”, agora é entendida como “eu, o outro, e o meu cérebro”. Isso implica nos conceitos obtusos de neurodiversidade e neurocultura, denunciados por Ortega (2008), que desencadeiam repercussões favoráveis aos objetivos disciplinadores estabelecidos pelo biopoder e executados pelos representantes do pensamento medicalizante. Ortega (2008) esclarece:

> (...) esta descrição do sujeito cerebral e da neurocultura constitui o pano de fundo para compreender a cerebralidade que está na base dos movimentos da neurodiversidade. Para esses grupos, o cérebro vem se tornando um critério biossocial de agrupamento fundamental. É nesse contexto que podemos entender a própria noção de (neuro)diversidade. Se pararmos para pensar, a junção destes dois termos, “neuro” e “diversidade”, não é auto-evidente. **A diferença e a singularidade são colocadas do lado cerebral. Trata-se, como vimos, de uma naturalização da identidade. Mas como pode ser o cérebro o lugar do diverso, da diferença?** (os grifos são meus)

Creio que esse é mais um argumento para fortalecermos uma postura de indignação e de insurgência politicamente articulada contra a medicalização da Educação.

Tão relevante quanto apontar as explicações incoerentes para o fracasso escolar é ver a incoerência do isolamento das explicações, quando cada razão alegada é extraída do conjunto que torna o insucesso na aprendizagem um fenômeno multideterminado. Do mesmo modo, mais significativo do que denunciar justificativas amorfas é identificar a transferência de responsabilidades constatada por Collares & Moysés (2011) no discurso de diretores e professores de escolas públicas, que protagonizam um verdadeiro "jogo de empurra" na intenção de creditar ao outro a ocorrência do fracasso escolar. Os dados coletados pelas autoras na rede pública do município de Campinas tornam-se ainda mais alarmantes por se tratar de instituições estatais de ensino, que teoricamente celebram um compromisso irrevogável com as classes excluídas.

O mau vezo de imputar aos outros a responsabilidade por um insucesso é um fenômeno recorrente no cotidiano. Por isso, na área de interface saúde-educação é inadiável apresentar este ângulo da questão durante as reuniões entre profissionais gestores, cuidadores e educadores, propiciando o surgimento de um olhar no qual as responsabilidades sejam naturalmente compartilhadas, sem melindres e sem posturas que revigorem um discurso de impotência diante dos fatos.

Ao se efetivarem essas reuniões intersetoriais entre diretores das UBS´s, equipes de saúde da família e representantes das escolas do território, um ponto nevrálgico para o sucesso das atividades é garantir que elas sejam um espaço de construção, exibindo uma configuração dialógica que possa romper com a fragmentação de áreas do saber e o domínio de um campo do conhecimento sobre o outro. No instante em que todos os integrantes deverão intercambiar impressões e propor soluções é imperioso evitar que se crie a expectativa de que a equipe de saúde irá ditar normas de procedimento a serem acatadas pelos profissionais de Educação. Isso acontece com frequência porque o poder decisório do campo da Educação já vem sendo usurpado desde o final do século XIX, fato que acabou por introjetar no pensamento pedagógico uma concepção de submissão aos saberes da área de saúde.

A medicalização impossibilita a horizontalização das relações de poder entre os trabalhadores, na medida em que funciona como reforçadora da abordagem biomédica de saúde e prossegue biologizando os problemas de escolarização, estimulando os profissionais de Educação a acreditarem na irrelevância da sua contribuição para o enfrentamento dos desafios que estão postos.

A equipe NASF da qual eu fazia parte realizou reuniões de planejamento com professores e com o diretor pedagógico de uma escola da região adstrita à nossa UBS. Também tivemos ocasião de fazer na mesma instituição de ensino algumas oficinas para pais de alunos tratando de temas de saúde escolar e desenvolvimento infantil. Essa experimentação foi reveladora. Em todas as oportunidades de planejamento era nítido que os representantes da escola julgavam estar participando de uma espécie de treinamento de habilidades oferecido pela UBS. Quando se discutia uma situação específica que merecia uma tomada de decisão nossa equipe tentava propor formas de articulação democráticas que permitissem o empoderamento dos educadores. E muitas vezes nós éramos questionados em relação a essa conduta, tida pelos educadores como insólita, chegando ao ponto de alguns professores insinuarem que o nosso desejo era diluir a responsabilidade do setor de saúde, em uma demonstração eloquente de que eles não estavam acostumados a manter relações horizontais com as equipes da UBS.

Essa questão se apresenta como um daqueles aspectos em que não se pode transigir, sob pena de reproduzir o pensamento medicalizante que subjaz à postura subserviente dos professores e diretores de escola. É importante registrar que alguns colegas do próprio NASF e da equipe de referência da UBS também manifestavam seu estranhamento quanto àquela forma de relação simétrica que estávamos tentando propor.

Ainda com relação à pauta dessas reuniões é preciso destacar que não se trata apenas de discussões de casos pontuais de determinados alunos que supostamente tenham dificuldades de aprendizagem. Isso pode ser incorporado aos objetivos de uma reunião, mas ela deve ir muito além do domínio individual e conter planejamentos coletivos para a gestão do processo educacional e para o trabalho de apoio realizado pelas equipes de saúde. Souza (2011) adverte que não é possível conceber a escola enquanto positividade se não houver uma discussão que ultrapasse os muros da sala de aula, inscrevendo-se na dimensão da política educacional e na identidade de cada instituição. Por essa razão a autora explicita:

> O psiquismo é um dos aspectos do processo de escolarização e ao elegê-lo como aspecto central de sua análise, o psicólogo ou qualquer outro profissional incorrerá no erro de desprezar inúmeras situações que, segundo várias pesquisas na área educacional apresentam, são constitutivas de ações realizadas pelas crianças e de reações a determinados contextos extremamente hostis. (...) **o fracasso ou o sucesso de aprendizagem escolar é muito menos determinado por questões individuais do que por mecanismos institucionais e políticos.** (...) **conhecer como as políticas são implementadas**, as questões postas pelos educadores com relação às concepções e perspectivas, as condições de trabalho para sua implementação são fundamentais para que o psicólogo atue no campo da educação. (SOUZA, 2011, p. 61)

De acordo com a experiência que tive o NASF quando os profissionais de saúde se reuniam com os educadores, motivados por uma demanda específica de fracasso escolar, os diálogos se resumiam à montagem de uma estratégia meramente clínica na qual o professor ou o coordenador pedagógico funcionavam como "informantes" sobre a criança e a sua família, reproduzindo uma espécie de delação premiada de caráter perverso: denunciar à equipe de saúde a disfuncionalidade ou o comportamento inadequado da criança e informar sobre as incongruências da família, para que os integrantes da UBS soubessem "toda a verdade" sobre o caso, permitindo que os educadores lavrassem o seu próprio alvará de inocência.

Contudo, com base nas ponderações de Souza (2011) parece-me que as reuniões entre UBS e escola precisam colocar em discussão tanto as políticas educacionais vigentes quanto as políticas de saúde que dão guarida ao funcionamento do SUS, para desmistificar várias questões e clarificar o papel de cada serviço. No caso dos profissionais da ESF é nítido que eles compreendem as diretrizes que norteiam o acesso do usuário aos serviços de saúde, mas não têm discernimento quanto à necessidade de analisar as políticas educacionais para abordar a queixa escolar a partir de uma perspectiva crítica relacionada às finalidades sociais da escola. É forçoso reconhecer que no caso da ESF e do NASF do município de São Paulo existe uma barreira para esse diálogo franco. Tal

obstáculo se desenha a partir da parceria público-privada que depositou a gestão das unidades de saúde da família nas mãos de ONG´s e Organizações Sociais de Saúde, que têm a necessidade da prestação de contas através de metas quantitativas definidas para as intervenções das equipes de referência e das equipes de apoio matricial. Neste sentido, como realizar articulações intersetoriais na interface saúde-educação, a partir de uma discussão estrutural, se os profissionais precisam atingir metas declaradas em suas planilhas de produção?

Paralelamente à proposta dessas reuniões de maior amplitude eu vislumbro outra proposta complementar. Conforme comentado no capítulo 3 as UBS´s realizam mensalmente uma reunião do Conselho Gestor da unidade, do qual fazem parte trabalhadores do próprio serviço e integrantes da comunidade eleitos democraticamente em votação com formação de chapa. Por isso, entendo que seria oportuno se alguns educadores participassem desse Conselho Gestor, enquanto alguns membros das equipes de saúde da família ou do NASF poderiam participar do Conselho Escolar das instituições de ensino da comunidade.

No final do século XX e nos albores do século XXI assistimos à consolidação do modelo de trabalho em saúde calcado em equipes multiprofissionais. Inicialmente a multiprofissionalidade andou de mãos dadas com a multidisciplinaridade, mas logo essa concepção capitulou para dar lugar ao conceito de interdisciplinaridade, que consiste em uma proposta de maior abrangência. Em uma equipe multidisciplinar os seus integrantes atuam de forma isolada na produção do cuidado. Nesse modelo de atendimento um paciente passa por várias consultas com profissionais de diferentes categorias que não se reúnem para estabelecer um projeto terapêutico dirigido ao usuário dos serviços de saúde. Em contrapartida uma equipe interdisciplinar discute as consultas relativas a um paciente, toma decisões em conjunto e até realiza consultas compartilhadas por dois ou mais profissionais. As consequências desse arranjo de trabalho são muitas, começando com a maior assertividade nas intervenções programadas.

Entre as consequências mais relevantes no trabalho das equipes que atuam com perfil interdisciplinar, duas delas eu reputo como de interesse estratégico para o atendimento das demandas escolares. A primeira delas é uma maior fluidez na troca de saberes entre os profissionais de saúde, franqueando espaços para que se construa uma autocrítica muito pertinente e promotora de amadurecimento das classes profissionais. A segunda consequência, ainda mais aguda e visceralmente

imbricada na medicalização da existência, é que a interdisciplinaridade obriga os profissionais a reconhecerem as suas limitações na gestão coletiva do cuidado. Afinal, já está demonstrado que nenhuma categoria profissional pode gerar todas as soluções para todas as demandas, mesmo porque nenhuma dessas categorias é capaz de esquadrinhar todos os ângulos de um problema. Esse fator minimiza o engodo da classe médica em ocupar a posição de liderança única e autoproclamada, a partir da qual a prática discursiva biologizante se insinua no atendimento da queixa escolar.

A ruptura com a onipotência do saber médico, catalisada pela interdisciplinaridade, merece uma demonstração mais conclusiva.

Trabalhando no NASF eu participei de várias interconsultas e de outras reuniões com as equipes de referência para discutir projetos terapêuticos singulares. No transcurso das reuniões de equipe testemunhei fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais dialogando sobre equívocos frequentes cometidos pelos integrantes das equipes de saúde, do médico ao agente comunitário. Esse trabalho de matriciamento, com esclarecimentos técnicos que disparam um processo de revisão de conceitos pelas equipes matriciadas, normalmente causa um espanto e uma inquietação muito saudáveis para deslocar os membros das equipes de uma cristalizada zona de conforto. E não poucas vezes eu vi os médicos das equipes reconhecerem, após exaustivas discussões, que psiquiatrizaram e patologizaram casos que poderiam ser abordados de outra maneira.

Portanto, a atuação interdisciplinar contribui de forma substantiva para o desmonte da autossuficiência falaciosa que tem caracterizado historicamente o saber médico, dando margem ao projeto político de dominação encabeçado pelos seus profissionais.

Aliás, cabe aqui uma pergunta provocativa: por que o médico é considerado, no modo de funcionar da ESF, o líder e o responsável pela equipe? Por que essa atribuição não pertence ao profissional de enfermagem? Este sim é quem organiza a equipe, divide tarefas, monta escalas de trabalho, conhece melhor as peculiaridades do território, faz visitas domiciliares e incursões na comunidade com muito mais frequência do que o médico e gerencia o levantamento de informações sobre a área em que a equipe atua. Além de tudo a formação do profissional de enfermagem é dirigida ao cuidado em toda a sua abrangência, contando inclusive com disciplinas que remetem à humanização, a educação em saúde e à administração de equipes.

E mesmo com toda essa configuração curricular é ao médico que se entrega o título de responsável pela equipe de saúde da família. É um paradoxo que tem suas raízes na tentativa de manter a hegemonia social de um saber científico comprometido com os objetivos de vigilância social da existência humana.

A dificuldade para o manejo da queixa escolar nas UBS´s é acentuada pela inexistência de reflexão sobre a prática de saúde dentro das equipes de referência. Os médicos se ressentem de não terem tempo hábil para realizarem essas atividades, mesmo que o procedimento esteja previsto pelo Documento Norteador para a Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo. Em muitas entidades privadas que mantém parceria com o Governo Municipal de São Paulo não existe uma agenda de educação permanente, conforme depreendi da participação em inúmeros seminários, debates, reuniões e outros eventos nos quais esteve presente toda a equipe NASF em que atuei.

Nesse momento nos deparamos com uma questão ainda mais espinhosa que é a própria existência dessas entidades parceiras. Se uma entidade recebe repasses de verba da Prefeitura Municipal para gerir uma unidade de saúde da família não há garantias de que a suas prioridades estejam em consonância com o projeto de inclusão social que permeia o SUS. São muitas as forças, os interesses e os compromissos políticos que encontram guarida nessas instituições, ocasionando uma contaminação ideológica que parece incompatível com a Lancman & Barros (2011) informam:

> A terceira dificuldade diz respeito à presença de Organizações Sociais na gestão de serviços públicos, processo validado no âmbito Federal e largamente implementado em São Paulo (BRASIL, 1998). Essa forma de gestão termina mesclando o caráter público e privado dos serviços oferecidos, criando situações de trabalho heterogêneas a depender da parceira envolvida**. Essa heterogeneidade de práticas profissionais nas diferentes regiões da cidade pode dificultar a criação de uma cultura comum entre as várias equipes comprometendo a troca de experiências e a consolidação das políticas públicas.**

"Há um retrocesso visível no campo educacional ao transformarmos em patologia algo que é produto das dificuldades vividas por um sistema escolar que não consegue dar conta de suas finalidades."

Marilene Proença Rebello de Souza

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, em especial do NASF, identificam cada vez mais a necessidade de darem respostas às questões em torno da queixa escolar, uma vez que as demandas parecem não ter limite nas Unidades Básicas de Saúde. Mas a sua compreensão sobre a assertividade nas intervenções está impregnada pelo pensamento medicalizante, que é reproduzido desde a esfera da gestão até a produção do cuidado junto aos usuários. São profissionais que desconhecem o fato de que se não assumirem compromisso com a inclusão das classes subalternas estarão alimentando uma herança social de consequências funestas.

Compreendendo que o SUS é um projeto inclusivo e de perfil contra-hegemônico, não resta alternativa a não ser entrelaçar esses objetivos aos propósitos de uma educação libertária, que produza espaços de pertencimento social e cidadania. Para que esse ideal se materialize os profissionais da ESF e do NASF terão que se apropriar das consequências biopsicológicas, sanitárias, políticas e sociais da medicalização da educação, para que não se tornem mandatários do biopoder.

Não é apenas o uso adequado de psicofármacos que interessa a esses profissionais promover, mas interessa, sobretudo, a compreensão dos signos culturais que permeiam “as substâncias da cura”, permitindo que o saber médico ofereça falsas respostas ao usuário dos serviços de saúde que experimenta o sofrimento imposto pelo fracasso escolar. E as respostas são falsas por diversos fatores, destacando–se três entre eles. Primeiro porque a capacidade de redução do sofrimento que os medicamentos possuem é quase sempre superdimensionada. Depois porque a prescrição de psicofármacos para resolver dificuldades de aprendizagem revigora em todos os envolvidos a noção utilitária da mercantilização da saúde. E finalmente porque o tratamento biológico do sujeito cerebral contribui para a transferência de responsabilidades dos pais, educadores e gestores públicos, na medida em que a ferramenta medicamentosa pode ser utilizada como parte de um conluio pelo silenciamento de conflitos sociais.

Além do SUS corresponder a um projeto de subversão radical da opressão de classe enraizada no Brasil, a ESF é o serviço mais estratégico para que este processo tenha êxito. Portanto, se os profissionais das equipes de referência ou das

equipes NASF perpetuarem a visão biomédica, que subsidia a prática excludente e medicalizante da queixa escolar, estarão contribuindo para que a área de saúde mantenha uma postura escravagista em relação ao campo da educação. Os saberes médicos continuarão a submeter os saberes escolares, que serão continuamente vitimados por uma concepção estreita dos problemas de escolarização. Pela natureza intrínseca da ESF, aqueles que contribuírem com a manutenção ou agravamento dessa conjuntura perversa poderão ser considerados protagonistas de um exercício fraudulento de saúde da família, uma vez que ESF está na contracorrente da medicalização.

O pensamento medicalizante, à medida que suprime a voz dos saberes cotidianos, interdita um depoimento revelador da subjetividade, tornando improvável um manejo assertivo da queixa escolar. Isso é reforçado pelo fato de que a medicalização vitimiza “a criança que não aprende”.

Os educadores estão convidados a trabalhar por uma prática pedagógica, autônoma, livre dos efeitos danosos da mitificação da ciência. O contexto escolar necessita de abertura para a circulação de práticas discursivas mais amplas, alicerçadas do diálogo profícuo entre o conhecimento sistematizado e os conhecimentos cotidianos, mediadores da aprendizagem e do êxito escolar.

O papel da Psicologia Escolar e Educacional é ser uma doadora de sentido para a escola e o processo de escolarização, que deve ser entendido como um fenômeno muito mais complexo do que a aprendizagem. Ao lado disso essa abordagem precisa contribuir para a superação do imperativo biologizante, evitando o colapso das instituições de ensino. Para interditar os efeitos devastadores da medicalização da educação, catalisada por profissionais da ESF desequipados de um compromisso político com a cidadania, o que devemos almejar não é somente a revalorização e a emancipação da Psicologia Educacional, mas também a rearticulação da Psicologia Escolar, que certamente não coincide com a ideia pueril de uma “psicologia na escola”.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *O SUS de A a Z*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2003.

_____. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARDOSO, C. L. A Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v. 22, n. 1, março 2002.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *Preconceitos no Cotidiano Escolar:* ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

FONSECA, J. *A importância da Historia Natural da Doença no Diagnóstico Laboratorial*. Disponível em http://jeanefonseca.blogspot.com.br/2011/02, acessado em 30/11/12.

FURTADO, J. P. . *Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade.* Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, p. 018, 2009.

GUARIDO, R. A Medicalização do Sofrimento Psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e* Pesquisa, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GARRIDO, J.; MOYSÉS, M.A.A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Medicalização de Crianças e Adolescentes*: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2011.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, 28: 31-48, 1992.

OLIVEIRA, F. E. B. de, SOUZA, M. C. de. O envelhecimento populacional e a previdência social. *Como vai? População Brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 2, p. 25-27, set. 1997.

PATTO, M. H. S. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. In: PATTO, M. H. S. (Org.). *Introdução à Psicologia Escolar.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, I.S. *Saúde e Cidadania:* uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu Editora, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. *A Formação dos Psicólogos e a Saúde pública.* Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006.

SANT´ANA, I.M; EUZÉBIOS FILHO, A.; LACERDA JUNIOR, F.; GUZZO, R.S.L. *Psicólogo e Escola:* a compreensão de estudantes do ensino fundamental sobre esta relação. Psicologia Escolar e Educacional, vol.13, n.1, pp. 29-36, 2009.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate,* v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

SOUZA, M.P.R. *A queixa escolar na formação de psicólogos.* In: SOUZA, M.P.R.; ROCHA, M.; TANAMACHI, E. (Org.). Psicologia e educação: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. *Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos da aprendizagem em tempos de neoliberalismo.* In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2011a.

_____; CUNHA, B.B.B. *Projetos de lei e políticas públicas: que a psicologia tem a propor para a educação?* In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011b.

TEIXEIRA, R.R. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público.* Disponível em http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm, acessado em 28/11/12.

YIN, R. K. *Estudo de Caso*: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.