UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA MARIA TEJADA MENDOZA

**Políticas de Saúde e Educação na Colômbia e a produção de mecanismos de
Medicalização na infância**

VERSÃO CORRIGIDA

SÃO PAULO

2019

ANA MARIA TEJADA MENDOZA

**Políticas de Saúde e Educação na Colômbia e a produção de mecanismos de
Medicalização na infância**

Versão Original

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Proença
Rebello de Souza

Coorientador: Prof. Dr. Guillermo Arias
Beatón

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

TEJADA MENDOZA, Ana María

Políticas de Saúde e Educação na Colômbia e a produção de mecanismos de Medicalização na infância / Ana María TEJADA MENDOZA; orientadora Marilene Proença Rebello de Souza; co-orientador Guillermo Arias Beatón. -- São Paulo, 2019. 266 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Processo de escolarização. 2. Medicalização. 3. Enfoque Histórico Cultural. 4. Educação escolar. 5. Colômbia. I. Proença Rebello de Souza, Marilene, orient. II. Arias Beatón, Guillermo, co-orient. III. Título.

Nome TEJADA, Ana María Mendoza

Título: Políticas de Saúde e Educação na Colômbia e a produção de mecanismos de Medicalização na infância

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr.^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Meus profundos agradecimentos à Profa. Marilene Proença, a quem muito admiro. Agradeço profundamente pelo exemplo de profissional, cientista, professora e ser humano que encontrei nesses anos de trabalho ao seu lado, primeiro como mestranda e depois como doutoranda. Seu exemplo me reconstruiu em todos os sentidos. Muito, muito obrigada!

Ao Professor Guillermo Arias Beatón, pela generosidade e carinho na construção de conhecimento. Obrigada pelo seu acompanhamento como coorientador desta pesquisa após a realização do exame de qualificação, o que, sem dúvida, marcou um rumo importante e inovador neste trabalho.

À Professora Laura Calejon, pela amizade e escuta atenta, crítica, carinhosa e solidária às minhas angústias e inquietações. Também agradeço, principalmente, pelos ensinamentos e contribuições à minha formação como profissional, pesquisadora e ser humano.

Aos colegas do grupo de orientandos da Professora Marilene Proença, pela torcida e riquíssimas discussões, que me ajudaram muito a pensar nos diferentes elementos e caminhos desta pesquisa: Alayde Pinto Digiovanni, Alexandre de Luca, Aida Duarte Binze, Ana Gonzatto, Andreia Mutarelli, Berenice Tourinho, Chris Ramos, Eduardo Frias, Felipe Oliveira, Gisele Costa, Lucy Duró, Márcia Bavaresco, Sabrina Gasparetti. Obrigada queridos, pertencer a este grupo só me fez muito bem!

Obrigada especialmente à Márcia Justino e ao seu esposo Éder Moura pela amizade, solidariedade e humanidade. Vocês fazem viva e verdadeira a frase *tamo junto!*

Aos meus velhos, meus queridos velhos Cesar e Maria Enith, por ser fonte inesgotável de apoio, de amor e de cuidados para os quais a distância nunca foi empecilho.

Aos meus irmãos e a toda minha família, que mesmo na distância foram presença, apoio constante e fonte de encorajamento para seguir sempre em frente.

A Jhonny Muñoz pelos caminhos percorridos.

Aos meus amados Gabriela e Nitay, amor e luz na minha vida. Obrigada meus amores pelo tanto que reconstruo minha vida quando tento construir a de vocês. Obrigada pela fartura de abraços e sorrisos, especialmente, nos momentos mais solitários da construção desta tese.

A Mairinha que se debruçou com tanto carinho na revisão da escrita em português deste trabalho.

À Maria Olivia Martins Rosa e Sandra Dias dos Santos Pereira (Sandrinha), toda vez que procurei e encontrei vocês, saí sempre recarregada de vitalidade e carinho. Obrigada, queridas!

Aos amigos todos com que o Brasil me presenteou, especialmente a Marlu pelo seu amor tão concreto comigo, com meus filhos e família.

Ao pessoal administrativo do IPUSP, à Pró-Reitoria de Pós-Graduação da USP, que sempre esteve disponível a me orientar e ajudar de forma atenciosa e profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradecemos o apoio financeiro que viabilizou a materialização dos meus estudos de doutoramento.

Cremos que as condições estão dadas como nunca para o câmbio social, e que a educação será seu órgão mestre. Uma educação desde o berço até o túmulo, inconformada e reflexiva, que nos inspire um novo modo de pensar e nos incite a descobrir quem somos numa sociedade que ame mais a si mesma. Que aproveite ao máximo nossa criatividade inesgotável e conceba uma ética -e talvez uma estética- para nosso afã desenfreado e legítimo de superação pessoal. Que integre as ciências e as artes à cesta básica familiar, de acordo com os desígnios de um grande poeta do nosso tempo, que pediu não seguir amando-as por separado como a duas irmãs inimigas. Que canalize para a vida a imensa energia criadora que durante séculos temos esbanjado na depredação e na violência, e nos abra ao fim, a segunda oportunidade sobre a terra que não teve a estirpe desgraçada do coronel Aureliano Buendía. Pelo país próspero e justo que sonhamos: ao alcance das crianças

*Gabriel Gracia Márquez.
Proclama por um país ao alcance das crianças
Missão Ciência, Educação e Desenvolvimento.
Santafé de Bogotá, 1994, p.4.*

RESUMO

TEJADA, Ana María Mendoza. **Políticas de Saúde e Educação na Colômbia e a produção de mecanismos de Medicalização na infância.** 2019. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Esta pesquisa teve por objeto de estudo um modelo de atenção em saúde voltado às crianças que apresentam dificuldades na escolarização. A perspectiva crítica em Psicologia Escolar e Educacional, com destaque para o Enfoque Histórico Cultural, bem como para os estudos sobre colonialidade na perspectiva de Aníbal Quijano, constituíram o referencial teórico-metodológico da pesquisa. Quanto ao objetivo principal, buscou-se investigar o processo de atendimento realizado na saúde com crianças que apresentavam problemas no desenvolvimento e no processo de escolarização. Quanto aos objetivos específicos, procurou-se: a) caracterizar queixas escolares em função das razões e expectativas que as motivaram; b) identificar e analisar estratégias de intervenção da equipe de saúde perante a demanda; c) compreender o fluxo de encaminhamentos de escolares para a área da saúde; d) verificar e analisar concepções de aprendizagem e de desenvolvimento subjacentes às dificuldades de escolarização por parte dos profissionais da área da saúde. O estudo foi realizado numa instituição de saúde na cidade de Cali - Colômbia. Tendo em vista as bases do Materialismo Histórico Dialético, buscou-se compreender articulações e contradições que compunham o fenômeno estudado. Deste modo, foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: 1) revisão na base oficial de registros estatísticos sobre diagnósticos de saúde mental alusivos a transtornos de aprendizagem e de comportamento em população infantil; 2) análise de 30 prontuários de atendimento a escolares na área da saúde, os quais foram escolhidos seguindo a tendência mostrada pela estatística oficial municipal, sobre os diagnósticos mais frequentes das crianças atendidas nos anos de 2014, 2015 e 2016, das quais foram selecionadas 10 por cada ano; 3) entrevistas com profissionais da área da saúde da instituição abordada, bem como com representantes do governo municipal; 4) triangulação das informações para obtenção dos resultados, utilizando a análise de conteúdo. Foram criadas categorias de análise das três fontes de dados, chegando às seguintes conclusões na triangulação das informações: O modelo estudado constitui-se uma modalidade de atendimento clínico tradicional, universal, fragmentado e individualizante que envolve, invariavelmente, diagnósticos meramente descritivos e classificatórios, segundo as categorias abstratas do DSM e do CID 10. Nesse sentido, o trânsito de escolares para o setor da saúde no modelo estudado na Colômbia corresponde aos elementos do processo de escolarização, que são entendidos, explicados e classificados, pelo campo da educação e da saúde, como características individuais e biológicas das crianças atendidas. O expressivo leque de diagnósticos de saúde mental nos escolares denota uma compreensão e abordagem que retira a materialidade histórica e cultural da personalidade e do desenvolvimento da criança, explicada pela base biológica, entendimento ideológico, historicamente construído a partir de matrizes de conhecimento coloniais, em sua maioria norte-americanas, que mantêm um olhar que justifica o deslocamento de questões escolares para a área da saúde. Nesse sentido, constatamos que os profissionais e o modelo estudado não compreendem a Educação como força promotora e produtora do desenvolvimento, produzindo práticas medicalizantes e patologizantes que reforçam antigos e ineficazes esquemas de enfrentamento do fracasso escolar. Defendemos, nesta tese, a necessidade de revisão e mudança de paradigma para formação e atuação dos profissionais da saúde e da educação na Colômbia, considerando o Enfoque Histórico Cultural, que apresenta fundamentos teóricos práticos consistentes para uma formação e atuação que consideram os determinantes sociais, políticos, culturais e pedagógicos constituintes do processo de escolarização da infância na América Latina.

Palavra-chave: Colômbia. Educação escolar. Enfoque Histórico Cultural. Processo de escolarização. Saúde. Medicalização.

ABSTRACT

TEJADA, Ana María Mendoza. **Health and Education Policies in Colombia and the production of medicalization mechanisms in childhood.** 2019. 266 f. Doctoral dissertation in Psychology – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Sao Paulo, 2019.

This research aimed to study a health care model aimed at children who face difficulties in schooling. The Critical Perspective in School and Educational Psychology, especially the Cultural-Historical Approach, as well as studies on coloniality from the perspective of Anibal Quijano were the theoretical-methodological framework of the research. The main objective of the study was to investigate the process of health care of children who had development and schooling problems. The specific objectives were: (i) To characterize school complaints according to the reasons and expectations that motivated them; (ii) To identify and analyze health team intervention strategies in the face of the demand; (iii) To understand the flow of referrals of students to the health area; (iv) To verify and analyze health professionals' learning and developmental conceptions underlying schooling difficulties. The study was conducted at a health institution in Cali city, in Colombia. In view of the foundations of Dialectical and Historical Materialism, it sought to understand the articulations and contradictions of the phenomenon studied. Thus, it used the following methodological procedures: (1) Review of the official database of statistical records on mental health diagnoses alluding to learning and behavior disorders among children; (2) Analysis of 30 medical records to schoolchildren, which were chosen following the trend shown by official municipal statistics on the most frequent diagnoses of children seen in 2014, 2015 and 2016, of whom 10 were selected per year; (3) Interviews with health professionals of the institution approached, as well as with municipal government representatives; (4) Triangulation of information to obtain results using content analysis. Analysis categories of the three data sources were created, which led to the following conclusions in the triangulation of information: The model studied constitutes traditional, universal, fragmented and individualizing clinical care which invariably involves merely descriptive and classifying diagnoses, according to the abstract DSM and ICD 10 categories. In this sense, the transit of schoolchildren to the health sector in the model studied in Colombia corresponds to the elements of the schooling process, which are understood, explained and classified by the field of education and health as individual and biological characteristics of the children. The expressive range of mental health diagnoses among students denotes an understanding and approach that removes the historical and cultural materiality of the child's personality and development, explained by the biological basis, an ideological understanding historically constructed from mostly North American matrices of colonial knowledge, who maintain a view that justifies the displacement of school issues to the health field. In this sense, it was found that the professionals and the model studied fail to understand education as a promoter and producer of development, and thus produce medicalization and pathologizing practices that reinforce old and ineffective schemes for addressing school failure. This doctoral dissertation argues that there is a need to revise and change the paradigm of education and performance of health and education professionals in Colombia, considering the Cultural-Historical Approach, which presents consistent practical theoretical foundations for training and performance that consider the social, political, cultural and pedagogical determinants that constitute the process of schooling of childhood in Latin America.

Keywords: Colombia. Schooling. Cultural-Historical Approach. Schooling. Health. Medicalization.

LISTA DE SIGLAS

CID	-	Classificação Internacional de Doenças
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
LIEPPE	-	Laboratório Interinstitucional de Ensino e Pesquisa em Psicologia Escolar
ZDP	-	Zona de desenvolvimento Proximal
SSD	-	Situação Social do Desenvolvimento
FPS	-	Funções Psíquicas Superiores
SPS	-	Sistema de Proteção Social
ENSM	-	Encuesta Nacional de Salud Mental
NEES	-	Necessidades Educativas Especiais
SNS	-	Sistema Nacional de Saúde
SGSSS	-	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
JIFE	-	Junta Internacional de Fiscalização a Entorpecentes
PDSP	-	Plano Decenal de Saúde Pública
IPS	-	Instituições Prestadoras de Serviços
EPS	-	Empresas Promotora de Saúde
ISS	-	Instituto de Seguridade Social
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
BID:	-	Banco Interamericano de Desenvolvimento
FMI	-	Fondo Monetário Internacional
OPAS	-	Organização Pan-americana da Saúde
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POS	-	Plan Obligatorio de Salud
CIE10	-	Clasificación Internacional de Enfermedades
CID10	-	Código Internacional de Doenças
DSM	-	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DANE	-	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
OQE	-	Orientação à Queixa Escolar

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de consultas todas as idades.....	131
Gráfico 2 – Total de consultas de 6 a 12 anos.....	132
Gráfico 3 – Porcentagem de consultas/mês.....	133
Gráfico 4 – Porcentagem consultas versus diagnóstico.....	134
Gráfico 5 – Consultas diagnósticos versus ano.....	135
Gráfico 6 – Consultas por sexo e ano.....	136
Gráfico 7 – Distribuição consultas: sexo e diagnóstico.....	137
Gráfico 8 e 9 – Total de pacientes e distribuição por sexo.....	138
Gráfico 10 – Total de pacientes por idade.....	139
Gráfico 11 – Pacientes por idade versus sexo.....	140
Gráfico 12 – Pacientes por ano.....	140
Gráfico 13 – Crianças em cada grupo diagnóstico.....	141
Gráfico 14 – Crianças por sexo em cada grupo de diagnóstico	142
Gráfico 15 – Crianças por área de consulta.....	143
Gráfico 16 – Crianças por área de consulta: sexo.....	143
Gráfico 17 – Porcentagem: pacientes versus diagnósticos.....	144
Gráfico 18 – Pacientes por idade.....	148
Gráfico 19 – Distribuição por sexo.....	149
Gráfico 20 - Porcentagem criança por consulta.....	160
Gráfico 21 – Porcentagem criança por especialista.....	161
Gráfico 22 – Porcentagem pacientes e diagnósticos.....	162

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 – Informações gerais sobre os entrevistados.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 2 - Sistema de seguridade em saúde.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabela 3 – Nível de ensino por idade.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabela 4 - Equipe profissional do programa de neurodesenvolvimento e aprendizagem.....</i>	<i>127</i>
<i>Tabela 5. Aglutinação dos principais diagnósticos registrados em crianças de 6 a 12 anos segundo registro dos RIPS da Secretária de Saúde Municipal de Cali.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabela 6 - Descrição de 4 diagnósticos.....</i>	<i>131</i>
<i>Tabela 7 - Frequência e porcentagem das consultas por mês e ano.....</i>	<i>133</i>
<i>Tabela 8 - Frequência e porcentagem das consultas por diagnóstico e ano.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabela 9 - Frequência e porcentagem das consultas por diagnóstico e sexo.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabela 10 - População infantil da cidade de Cali.....</i>	<i>139</i>
<i>Tabela 11 - Porcentagem e frequência dos pacientes por sexo em cada diagnóstico.....</i>	<i>144</i>
<i>Tabela 12 - Porcentagens e frequência das crianças por sexo e idade.....</i>	<i>149</i>
<i>Tabela 13 - Porcentagem e frequência absoluta dos pacientes por sexo em cada diagnóstico.....</i>	<i>162</i>
<i>Tabela 14. Estado e setor dos programas de graduação em psicologia.....</i>	<i>228</i>
<i>Tabela 15. Comparação das áreas de formação em pós-graduação em Psicologia.....</i>	<i>228</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	18
1. DAS PERSPECTIVAS E CONCEITOS NORTEADORES DA PESQUISA	32
1.1. Contribuições do Enfoque Histórico Cultural para o desenvolvimento e a aprendizagem escolar.....	32
1.2. A Avaliação e o Diagnóstico Explicativo no Enfoque Histórico Cultural	47
1.3. Contribuições da Psicologia Escolar Crítica para a compreensão do processo de escolarização.....	51
1.4. Contribuições dos estudos sociais latino-americanos sobre colonialidade para a discussão dos processos de patologização da saúde e da educação na América Latina.....	54
2. O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO COMO MÉTODO PARA COMPREENDER A INTERFACE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	62
2.1. O caminho percorrido na pesquisa	66
2.2. Fontes de dados e procedimentos de pesquisa.....	68
2.2.1. Fontes de dados documentais	68
2.2.2. Fonte de dados empírica.....	71
2.3. Sobre a análise das informações	73
2.4. Sobre a triangulação das análises	75
3. MARCOS HISTÓRICOS: CONCEPÇÕES A RESPEITO DA INFÂNCIA NA MEDICINA E NA EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA.....	76
3.1. Medicina e Educação como campos de conhecimento e intervenção na infância: algumas observações históricas	80
3.2. A Infância, médicos e professores: entre a higiene e a “teoria” da degeneração da raça	82
3.3. Os escolares “atrasados” e “anormais”.....	92
4. MARCOS POLÍTICOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA	105
4.1. Sobre a Política de Saúde na Colômbia.....	105
4.1.1. Sobre a atual Política de Educação na Colômbia: algumas nuances.....	116
5. UM MODELO DE ATENDIMENTO ÀS QUESTÕES DE DESENVOLVIMENTO E ESCOLARIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	125
5.1. Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem: um estudo de caso.....	126
5.2. O que revelam os Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde-RIPS	129
5.3. O que revelam os prontuários de atendimento em saúde sobre as questões escolares?	144
5.3.1. Caracterização da demanda	147
5.3.2. A natureza do diagnóstico	155

5.3.3. <i>A natureza da intervenção nas dificuldades no desenvolvimento e no processo de escolarização: concepções subjacentes.....</i>	164
5.4. <i>As entrevistas: o que nos contam os profissionais da saúde do modelo analisado?....</i>	171
5.4.1. <i>Explicações dos profissionais para o encaminhamento dos escolares para a saúde</i>	171
5.4.2. <i>O entendimento dos profissionais sobre a presença do escolar na saúde: Medicalização da Educação.....</i>	181
5.4.3. <i>Qual a natureza das relações entre a saúde e a educação.....</i>	192
6. DA TRIANGULAÇÃO DAS FONTES DE DADOS	198
A triangulação dos dados a partir de desdobramentos das intervenções profissionais na infância: o caso de André e Marly.....	198
7. VISLUMBRANDO ALTERNATIVAS PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA: A CENTRALIDADE DO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO NA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	213
7.1. Uma proposta alternativa.....	214
CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
REFERÊNCIAS	230
APENDICE 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.....	244
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	246
APÊNDICE 3 – SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS: QUADROS 1, 2 E 3.....	247
ANEXO 1 – PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO	288

APRESENTAÇÃO

Trabalhei, durante cinco anos, de 2005 a 2007, como assistente social e coordenadora de um programa de atendimento à infância, especificamente de escolares, em uma Instituição Prestadora de Serviços de saúde (IPS) colombiana. Essa vivência aprofundada nas questões sociais e uma preocupação genuína com a área da educação em suas relações com o setor da saúde geraram as inquietações que me trouxeram para a construção do presente trabalho. Na instituição mencionada, atuava como assistente social e coordenadora de um programa chamado *Neurodesarrollo y Aprendizaje* (Neuro-desenvolvimento e Aprendizagem), constituído por profissionais de saúde das áreas de clínica geral, neurologia, psiquiatria, psicologia, neuropsicologia, fonoaudiologia, educação especial, fisioterapia e terapia ocupacional.

Além de atender pessoas com diagnóstico de epilepsia, a instituição atendia também crianças com problemas neurológicos e crianças que “identificávamos” como “afetadas por transtornos de aprendizagem”. Este último grupo de crianças fazia parte de um importante fluxo de encaminhamentos realizados pela escola para o setor da saúde por apresentarem — segundo a escola — comportamentos “fora do padrão”, “inadaptações ao ambiente escolar”, “problemas com a leitura e a escrita”, “problemas com a aritmética”, “desempenhos escolares muito aquém dos esperados” e por “não pararem quietas”.

Assim, fazia parte da rotina institucional, e da minha como assistente social, receber crianças de todas as classes sociais que vinham acompanhadas de narrativas, por parte da escola, carregadas de suspeitas sobre problemas advindos das suas condições biológicas ou de falta de limites, além de pautas sobre possíveis inadequações na educação dos filhos, por parte de suas famílias. Acompanhava-as, também, vários pedidos: o requerimento de avaliações; o pedido explícito ou implícito para “reabilitá-las de sua incapacidade” por meio da terapia, o que, em muitas ocasiões, constituía um condicionante para a permanência da criança na instituição educativa, com intuito de impingir a adaptação da criança às exigências escolares; orientações sobre a forma como a escola deveria direcionar o seu trabalho com a criança em sala de aula; e até a emissão de um diagnóstico que explicasse as situações vividas no ambiente escolar.

Por ocasião de uma das reuniões do núcleo educativo na região na qual se localizava a IPS, participei como representante da Instituição com a intenção de criar uma espécie de intersectorialidade, para o atendimento de crianças com problemas de aprendizagem e comportamento. Nessa oportunidade, escutamos relatos e desabafos dos professores sobre as

dificuldades com que se deparavam em relação aos alunos. “Esse é o pão nosso de cada dia!”, um deles exclamou. Na explanação de sua frase, o professor se referia não às dificuldades vivenciadas no processo de escolarização, mas, sim, às crianças consideradas “portadoras” de problemas de aprendizagem que lá estudavam.

A experiência neste programa representou para mim um mergulho total na realidade de crianças e famílias que viviam o início ou, talvez, mais um momento da longa caminhada marcada pelo estigma das dificuldades enfrentadas no processo de escolarização. E é justamente nesta experiência que se gestam várias das minhas inquietações como profissional e pesquisadora, as quais foram se transformando, ampliando e fundamentando ao longo dos anos de estudos realizados na Pós-Graduação, do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil.

Considerando que a psicologia como ciência produtora de conhecimento tem aportado subsídios teóricos para a formação e a atuação do assistente social, e que minha vida profissional tem se construído ao longo dos anos com experiências de trabalho interdisciplinares em diálogo constante com psicólogos e psicólogas, direcionei a continuidade da minha formação na pós-graduação para a área da Psicologia. Desta vez, procurando na Psicologia Escolar e Educacional novos elementos para a compreensão dos fenômenos educacionais, âmbito em que vinha trabalhando nos últimos anos.

Assim, iniciei estudos de mestrado, junto ao Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP no ano de 2012, com um projeto inicial pautado numa linha teórica centrada na concepção de dificuldades de aprendizagem como produto das deficiências biológicas e familiares da criança. O projeto intitulava-se: *A família como integrante da equipe de reabilitação de crianças com dificuldades de aprendizagem* e pretendia criar um modelo de intervenção que envolvesse as famílias na “reabilitação” da suposta deficiência de seus filhos.

O projeto mudou substancialmente e, sendo desenvolvido totalmente no Brasil, especificamente na cidade de São Paulo, recebeu o título: *Escolarização em Diagnóstico: Crianças em concreto* (TEJADA, 2014). Este novo projeto interessava-se por reconstruir e compreender como se dá a produção de diagnósticos de saúde mental na infância, na relação entre saúde, escola família e sociedade. As indagações feitas em campo, em escolas públicas e privadas, me conectaram com as afirmações de profissionais da área da educação sobre a assustadora quantidade de crianças com, supostamente, algum tipo de transtorno ou diagnóstico alusivo a seu comportamento e ao não aprender.

Nessa caminhada conheci Chico, uma criança de oito anos de idade, que tinha sido diagnosticada, desde os cinco, com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH e que, como parte da terapia medicamentosa indicada pela sua psiquiatra, tomava metilfenidato na forma comercial de Concerta®.

Como parte das estratégias metodológicas postas em campo, a reconstrução da dinâmica histórica do desenvolvimento da criança (ARIAS, 1999) me permitiu acessar as narrativas dos seus pais, sua professora e psiquiatra, que foram desemaranhando uma rede de elementos constitutivos de um encontro conflituoso de forças entre família, escola, saúde e sociedade. Foi uma experiência e uma pesquisa transformadora para mim, para aquela criança, para sua família e professora, com quem depois de vários encontros e horas de conversa, **fomos entendendo** os comportamentos dessa criança em razão das dificuldades da família somadas às deficiências na escolarização.

Fomos descobrindo que o processo particular do desenvolvimento podia ser orientado na direção esperada com a intervenção e mediação potenciadora por parte dos adultos, uma vez que, o ser humano é também um ser social e cultural (ARIAS, 2003). Fomos devolvendo a criança ao seu lugar de criança normal perante a escola e a família e, tempos depois, a possibilidade de que aquela criança vivesse sem “auxílio” da medicação.

Defendi meu mestrado em 2014 com muito mais do que uma pesquisa: um processo de aprendizagem transformador. Foi, na verdade, a mudança de um olhar para as questões educacionais, a aprendizagem e o desenvolvimento humano que permitiu aprimorar uma visão crítica dos fenômenos, como também uma ruptura¹ epistemológica e a renovação de uma posição ética e política frente às dificuldades de escolarização.

Neste processo, foi decisiva a orientação e discussões com a Professora Marilene Proença Rebello de Souza. Ela, por sua vez, me aproximou de textos e autores brasileiros que promoveram e participaram ativamente, na década de 1980, da revisão e autocrítica da psicologia brasileira como ciência e como profissão, se perguntando a serviço de quê e de quem estaria o trabalho de psicólogas e psicólogos numa sociedade de classes, bem como que tipo de prática psicológica se vinculariam. Dentre os autores estudados, destaca-se a obra de Maria Helena Souza Patto, cujas obras *Psicologia e Ideologia*², *a Produção do Fracasso Escolar*³ e

¹ Uma ruptura que não nega ou menospreza a produção existente, mas que tenta incorporá-las e superá-las.

² *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar*, 1984.

³ *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*, 1999.

Para Uma Crítica da Razão Psicométrica (1997) seriam para mim uma incursão nas novas dimensões do não aprender de crianças, com histórico de fracasso escolar. Seria também peremptório o trabalho da mesma Marilene Proença Rebello de Souza e de Adriana Marcondes Machado (1994), que, nos anos de 1990, apresentaram em pesquisas de cunho etnográfico, suas observações críticas sobre as práticas que acontecem no cotidiano escolar. Estas pesquisas configuraram, para mim, uma nova conceitualização sobre o fluxo de encaminhamentos de crianças da educação para a saúde, consideradas com dificuldades de escolarização, uma nova orientação à queixa escolar. Tal conceitualização somada às discussões de pesquisadores de outras áreas — COLLARES E MOYSÉS (1992, 1996); MOYSÉS E COLLARES (1997), CALIMÁN (2006, 2009, 2008); EHRENBERG (1991, 2004), SOLAL (2004), IRIART (2012), BAUTHENEY (2011), ROSE (2006), LAHIRE (1997); ROSE; KAMIN, (1987) —, abririam outro horizonte de possibilidades de análises, ao meu ver, necessárias e abrangentes, sobre as desigualdades que se vão instaurando na cultura e na sociedade e, de modo indefectível, na escola. Estes trabalhos destacam também, o sofrimento que vai se infringindo ao indivíduo por meio de práticas educacionais, avaliativas e diagnósticas nas que, como profissionais atuantes na área da saúde, inadvertidamente, podemos estar contribuindo.

Contudo, o que diferencia o entendimento e abordagem na equipe da referida experiência de trabalho com relação à compreensão proposta por esta nova forma de olhar a questão? Pois bem, enquanto na primeira o suposto “não aprender” e os supostos desajustes comportamentais da criança costumam ser explicados e abordados em atendimentos psicoterapêuticos individualizados, voltados para o aluno, concebido como portador de características pessoais incompatíveis com a aprendizagem e a vida escolar, na segunda, se propõe um olhar para o processo de escolarização e o contexto sócio-político-cultural em que estão inseridos os processos educativos direcionados à criança compreendendo como se configuram os processos de aprendizagem e de desenvolvimento, buscando alternativas psicoeducacionais para as questões escolares identificadas. Assim, nesta perspectiva, a queixa escolar seria a materialização na vida do indivíduo de uma multiplicidade de fatores que o levam ao “não aprender” ou a **desenvolver** “comportamentos desajustados” dentro da escola. Poderíamos dizer que, de certa forma, a questão central está no *locus* onde se buscam as causas das situações que produzem as queixas escolares. No modo como se interpretam situações que culminam em encaminhamentos, na forma em que o “não aprender” a “desadaptação/inadequação” são concebidos, interpretados e abordados para terminar sendo direcionadas a serviços de saúde. Deste modo, no primeiro caso — o da equipe que coordenei

—, o foco estaria na criança e suas deficiências biológicas, necessitando, portanto, buscar na esfera individual ou familiar as causas das dificuldades de escolarização. No segundo, o foco são os processos de escolarização em que a criança está inserida, que compreendem uma gama complexa de relações individuais, grupais, institucionais, pedagógicas, políticas, culturais e sociais. E como pilares dessas formas de focalizar o problema, existem, em diferentes perspectivas, conceitos fundantes das práticas profissionais na área da saúde quanto da educação, que ao mesmo tempo, norteiam suas intervenções sobre a criança. Refiro-me, neste caso, à concepção de infância, de desenvolvimento, de aprendizagem, de educação e de problemas que envolvem a escolarização.

O percurso descrito, junto à abertura para uma nova perspectiva e a apropriação de um novo referencial me levou a pensar e repensar a realidade educacional colombiana, principalmente naquela parcela em que se encontra a saúde e a educação para abordar questões sobre a infância. Sempre com o desejo de documentar, analisar, problematizar e contribuir para a superação dessa realidade que vivi, da qual falam educadores e especialistas na área da saúde, mas que não se encontra documentada nem contestada em uma perspectiva contra hegemônica e descolonizada. As falas de educadores colombianos, via de regra, são saturadas dos termos como “diagnóstico”, “déficits”, “transtornos”, “hiperativo”, “disléxico”, “afásico”, “presuntivo”, entre outros, representando uma perspectiva biologicista de compreensão do processo de aprendizagem escolar. Isso nos faz pensar no ambiente escolar como uma extensão do consultório médico, de uma sociedade que ainda continua acreditando que há sujeitos mais fortes que outros biologicamente e que não haveria solução para aqueles que, com uma ajuda melhor e muito bem organizada, poderiam eliminar qualquer tipo de lentidão para fazer bem as coisas e aprender, como há três ou quatro séculos recomedaram fazer João Amos e Comenius Pedro Ponce de León. Por outro lado, falas de especialistas em saúde com menção implícita e explícita à raça, aos genes, à adaptação, ao controle, entre outros, fazem pensar em discursos racialistas⁴ coloniais e higienistas que vigoram em um tipo de parâmetro neuro-científico.

⁴ O racialismo (ou racismo científico) é um neologismo que designa a “teoria científica das raças humanas”. O termo se origina com os estudos do antropólogo alemão Johann Friedrich Blumenbach [1752 —1840]. Suas obras mais conhecidas são: *The Anthropological Treatises* (1865) e *De generis humani varietate nativa* (1795). Esta última busca definir e classificar as raças humanas existentes. Embasado na antropologia física, Blumenbach utiliza principalmente, a biometria e a morfologia, tentando consolidar um instrumento de medida capaz de estabelecer critérios para classificação das diferentes raças. O principal critério utilizado foi a medição craniana (craniometria). Nos seus trabalhos, Blumenbach concluiu sobre a existência de cinco raças humanas: caucasiano, mongol, etíope, americano e malaio. Apesar de dizer que todos os homens possuem a mesma origem, Blumenbach elabora uma hierarquia racial, na qual os caucasianos estão no topo da pirâmide e os negros na base. O próprio

Diante disso, as motivações para a realização de uma pesquisa de doutorado se ancoram na experiência de trabalho supracitada, que despertou o interesse pelo estudo do modelo de atendimento realizado com crianças portadoras de algum tipo de demanda atrelada a sua aprendizagem e/ou ao seu comportamento, visando considerar possibilidades de superação desta perspectiva na direção de uma perspectiva explicativa do processo de escolarização, embasada em concepções do Enfoque Histórico-Cultural.

termo caucasiano possui forte viés ideológico. Blumenbach escolheu essa nomenclatura porque “a vizinhança (do Cáucaso), principalmente a vertente sul, produz a mais bela raça humana, quero dizer os georgianos; e porque todos os raciocínios fisiológicos convergem para a conclusão, que é nessa região, se é em algum lugar, que aparentemente devemos colocar o provável ponto de origem da humanidade” (BLUMENBACH, 1865).

INTRODUÇÃO

São inúmeras as pesquisas que, na Colômbia, abordam a temática denominada distúrbios de aprendizagem e de comportamento em crianças. Estas pesquisas são desenvolvidas principalmente no campo da saúde. Nelas são descritos sintomas e signos, características comuns encontradas em algumas cidades e regiões do país, perfis neuropsicológicos, co-morbidades, estudos de prevalência⁵, estratégias de tratamento⁶ — terapia cognitivo comportamental e terapia medicamentosa, no caso do TDAH, por exemplo —, problemas pré-natais e perinatais associados às dificuldades específicas da aprendizagem, entre outras. Inclusive, algumas pesquisas chegam a considerar esta questão como um problema endêmico, tais como a de Vélez e Vidarte (2011)⁷, que, se baseando em estudos de prevalência realizados por outros pesquisadores em diferentes cidades da Colômbia, considera-o como um “verdadeiro **problema de saúde pública** na população infantil do [...] país, [implicando] desafios muito grandes da política de infância”⁸ (p. 125, tradução nossa, grifos nossos). Tais pesquisas tomam a criança como objeto de investigação, considerando que esta criança em idade escolar possui uma doença que precisa ser diagnosticada e tratada.

Outros estudos realizados na Colômbia na perspectiva da neuropsicologia e das neurociências, que se inscrevem dentro da perspectiva histórico-cultural, mais especificamente nos trabalhos de A.R. Luria, apresentam avanços importantes a começar, e como é de se esperar, por destacar o processo de aprendizagem como um processo cultural que não pode ser explicado apenas pela materialidade biológica do sujeito, contudo, com notadas contradições na compreensão e argumentação que destacamos em diante.

Do mesmo modo em que a aprendizagem seria considerada como uma dinâmica multicausal, as dificuldades ou problemas que podem se apresentar nesse processo seriam explicados nesta mesma multicausalidade. Os textos escritos nesta perspectiva e, dentre os quais

⁵ Realizados nas cidades da Manizales, Cali e Sabaneta (Antioquia).

⁶ O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estadístico de Transtornos Mentais) na sua versão número VI- DSM5 publicada em maio de 2013 e a literatura médica que versa sobre o tema (CONNOR et al., 2003; BARKLEY, 2008; BARKLEY; MURPHY, 2008; ARGOLLO, 2003; ROHDE et al., 2004; MATTOS et al., 2006; SAFREN et al., 2008; KNAPP et al., 2002), defende a existência do diagnóstico como um problema pertencente ao neurodesenvolvimento da criança. Nesta literatura a terapia cognitivo comportamental e a terapia medicamentosa constituem as alternativas de tratamento indicadas.

⁷ Descrevem o TDAH como: “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, **que é mais forte e grave que o observado habitualmente** em sujeitos de um nível de desenvolvimento similar” (p. 114. Grifo nosso, tradução nossa).

⁸ Os pesquisadores citam com muitas imprecisões os trabalhos, também imprecisos, de outros pesquisadores entre os anos de 1999 e 2008.

se destacam autores como Jorge Eslava Cobos (2011, 2016), Lyda Mejia (2009, 2011), Sebastián Jiménez (2015), Juanita Eslava Mejia, Yulia Solovieva (2011, 2009) e Luiz Quintanar (2011, 2009), entre outros, enfatizam que a interação entre a experiência e o sujeito é o que gera patologia. Nesta explicação, quando as condições biológicas, os estilos cognitivos da criança e os aspectos pedagógicos, entendidos como sistematização e normatização das condições psicobiológicas, não coincidem, o desenlace final tende a ser o fracasso escolar. Entre os aspectos pedagógicos responsáveis por potencializarem o fracasso, estes autores destacam as metodologias ou correntes teóricas que norteiam as ações da escola, a saber: *a)* o fato de que a criança deve se ajustar à escola sem que sejam compreendidas as suas necessidades; *b)* exigências exageradas da escola em relação às possibilidades correspondentes ao nível de desenvolvimento da criança em particular; e *c)* escolha de metodologias inadequadas ou ineficazes padronizadas que desconsideram a singularidade de cada criança.

De outro lado, este grupo tem orientado boa parte de suas pesquisas e trabalhos a partir da construção de mecanismos de avaliação clínica dos chamados problemas da aprendizagem, com notado destaque para a patologia do déficit na consciência fonológica, asseverando que, a patologia nesta área é uma das principais geradoras dos transtornos da aprendizagem da leitura e da escrita. Para este grupo, nos antecedentes do desenvolvimento da criança está a origem da “verdadeira doença atual” (ESLAVA, 2016 p. 28).

As pesquisas desenvolvidas nesta linha, como manifestado pelos autores em diferentes artigos, pretendem contribuir na organização e sequenciação de atividades para a aprendizagem da leitura e escrita na escola ou, do mesmo modo, na intervenção terapêutica. (ESLAVA, 2011; ESCOBAR; PIGHIN; MEJIA, 2011). É da convicção do grupo que, apesar da falta de consenso sobre a conceitualização e abordagem dos problemas de aprendizagem, “gradualmente [estão sendo encontrados] pontos de convergência que [os] levará, [...] num futuro próximo, a apresentar um panorama coerente, de consenso amplo, sobre uma das condições de maior impacto para a morbidade no início do século XXI: os transtornos da aprendizagem” (ESLAVA, 2016, p. 30).

Transtornos de aprendizagem, problemas de aprendizagem, dificuldades de aprendizagem são variantes de um conceito que destaca a dimensão biológica do sujeito para explicar o não aprender. Esses conceitos ganharam novos matizes na multiplicidade de usos que tiveram na literatura, mas não conseguem superar o reducionismo inicial. A discussão desta questão ultrapassa os limites desta tese, mas consideramos como relevante ressaltar que eles

nascem no contexto de teorias de desenvolvimento que reduzem a dimensão cultural e social do processo de aprendizagem a questões meramente individuais, orgânicas ou familiares.

No caso do grupo de pesquisadores acima, as cifras elencadas como comprovação da existência da “patologia no aprender (a aprender)” – que na verdade denotam uma morbidade pandêmica em crianças colombianas, colocam seu foco nas patologias das funções psíquicas superiores, tais como atenção voluntária, memorização ativa, pensamento abstrato, planejamento, com destaque para o que acontece desde o ponto de vista neuronal.

Em se tratando de um grupo de pesquisa que se circunscreve no Enfoque integrador Histórico Cultural, os resultados dos seus trabalhos não apontam que o desenvolvimento cultural se sobrepõe aos processos de crescimento e maturação orgânica, na medida em que o desenvolvimento é um processo biológico também, sócio-historicamente condicionado.

Como mencionado, as pesquisas realizadas por este grupo, e em geral as desenvolvidas no país, apresentam especial interesse pelo afinamento da **avaliação clínica** dos transtornos da aprendizagem, para “**fazer um bom diagnóstico**”, aspecto que de fato não pode ser subvalorizado. Porém, quando não se enfatiza do mesmo modo que a medição só nos proporciona informação (muitas vezes descontextualizada) e não juízo, se acrescenta o mito de que as cifras não revelam um sobre-diagnóstico, e sim um sub-diagnóstico.

Por outro lado, quando apresentada a relevância dos processos avaliativos para “identificação precoce”, com implicações para o professor na sua responsabilidade de detectar, o mais cedo possível, as crianças com transtornos de aprendizagem, se insiste na peritagem que deve ser feita na patologia e não na promoção da saúde mental, por meio de uma educação de qualidade. A primeira e fundamental característica desta educação deve ser a organização de uma Educação Infantil que assegure aos sujeitos o desenvolvimento das funções psíquicas superiores, incluindo a capacidade de operar com símbolos, signos e significados, de modo a atender as exigências da aprendizagem, da leitura e da escrita que ocorre no Ensino Fundamental. Entendemos que o diagnóstico não se constitui na condição de salvação do processo de escolarização e que a organização de uma educação de qualidade exige uma explicação capaz de abarcar a integralidade do processo evolutivo. Contudo, ampliar essa discussão ultrapassaria os limites do problema proposto, dado que os sujeitos atendidos no serviço analisado estão no Ensino Fundamental.

Diante do exposto sobre esta perspectiva e dentro da área de conhecimento das neurociências, indubitavelmente, este grupo de pesquisadores contribui para a compreensão de um aspecto da dinâmica da aprendizagem e do desenvolvimento, embora, como temos insistido

até aqui, as ênfases centradas nas patologias e nos transtornos da aprendizagem se mantenham ao se pautarem numa visão reducionista da complexa questão da escolarização, que, sendo encaminhada para a área da saúde, pode ampliar o sofrimento dos sujeitos envolvidos e não contribuir para a escola reorganizar sua atuação.

De outro lado, começam a aparecer no país algumas vozes, que, numa perspectiva crítica, se contrapõem ao que consideram patologização da infância. Para estas vozes, representadas por profissionais da área da saúde, jornalismo e educação, a patologização da infância se define como uma tendência crescente de derivar dificuldades de ordem acadêmica e comportamental de crianças para o campo do orgânico, do biológico, com desdobramentos na asignação de rotulos neurológicos e psiquiátricos da infância e, geralmente o decorrente uso de terapias medicamentosas para abordar o que seriam consideradas patologias.

A maioria destas vozes aparece de forma dispersa, citada em jornais ou artigos de revista de circulação comercial, deixando um amplo vazio quanto às publicações científicas. Por este motivo, citarei uma em particular que se relaciona com o tema a ser abordado neste trabalho, na medida em que se interessa e problematiza as abordagens realizadas em saúde mental. Ximena Castro Sardi (2013) traz algumas reflexões dos resultados empíricos do projeto de pesquisa *Representaciones sociales de los médicos y el personal paramédico respecto a los trastornos de la conducta alimentaria* inscrita na linha dos *Discursos y prácticas en salud mental* da Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores de Incolda-ICESI. Nele, se discute a tendência à exclusão da subjetividade nas práticas atuais de saúde mental, como desdobramento da pretensão universalizante implícita nas políticas desta área, assim como os vínculos existentes entre a abordagem universalizante e os imperativos da época atual. A partir desta discussão e de uma análise crítica ao uso na Colômbia do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais– DSM-V, a autora introduz a discussão do fenômeno da medicalização. Ainda que a autora citada não trate especificamente da infância e da escola, ela traz para reflexão uma das questões centrais da abordagem reducionista, ou seja, a patologização e medicalização dos sujeitos como prática politicamente legitimada que torna invisível outras circunstâncias da ordem do social.

Em uma outra perspectiva, é extremamente rica e volumosa a pesquisa colombiana que se interessa pela historicidade da consolidação dos saberes e das práticas de saúde e de educação no país. Estas pesquisas traçam uma relação de “complementariedad” destes saberes entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX. A maioria destes trabalhos,

produzidos de forma interdisciplinar pelo *Grupo Historia de la Práctica Pedagógica – GHPP*⁹, ocupa-se em problematizar o espaço da racialização na educação. Neles se observa especial interesse e cuidado no resgate dos vínculos complexos entre as políticas de conformação do Estado e o estabelecimento de serviços educativos orientados pelo campo médico. Desta maneira, tais pesquisas abordam aspectos como o desenvolvimento do higienismo a partir dos conceitos e práticas destes saberes, discorrendo sobre a figura do médico na higiene mental do escolar, a categoria dos deficientes; os manuais de instruções de segunda metade do século XIX e primeira metade do século XX; o surgimento das faculdades de medicina, de psicologia; o surgimento da Escola Normal; o desenvolvimento da pedagogia na Colômbia, a expansão das escolas e as exacerbadas discussões de políticos proeminentes sobre o tema da raça. Sem dúvida, estas pesquisas são de extrema importância para a compreensão e análise dos processos constitutivos da educação e da saúde mental na Colômbia de hoje, assim como para a compreensão do tipo de saberes docentes e saberes da área da saúde que coexistem no chão da escola. No entanto, é notório o vácuo que aparece na produção de conhecimento colombiana, em relação ao que acontece no começo do século XXI, como se processos discriminatórios a partir da racialização, patologização e medicalização da infância fossem situações do passado que o país houvesse superado.

Observa-se assim que, mesmo tendo grande relevância a vasta produção desse grupo de pesquisas, não se registra nos debates acadêmicos formais discussões numa perspectiva crítica a respeito do expressivo número de crianças que chegam aos serviços de saúde da Colômbia, tendo sido direcionadas pelas escolas por apresentarem histórias de fracasso escolar em razão do seu desempenho ou dos seus comportamentos. Não existe uma interrogação sobre as possíveis ligações teórico-conceituais entre essa profícua produção que tem se debruçado sobre a biopolítica¹⁰, presente nas origens do sistema educacional colombiano, suas matrizes

⁹ O GHPP encontra-se registrado no Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias na Colômbia órgão encarregado de promover as políticas públicas para fomentar a ciência, tecnologia e inovação do país. O Grupo de Pesquisa foi criado no ano de 1978 e nele participam 69 membros entre docentes universitários, pesquisadores, estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação dos programas de Educação e Pedagogia da Universidad De Antioquia-Udea; Universidad del Valle –Univalle, Universidad Pedagógica Nacional–U.P.N; Pontificia Universidad Javeriana–PUJ; Universidad Nacional De Colombia–UNAL. O grupo trabalha temáticas como formação de professores, constituição de saberes docentes, pensamento pedagógico latino-americano, políticas públicas em educação, avaliação na educação, educação especial, educação inclusiva, dimensões histórico epistemológicas da pedagogia, a infância como objeto da pedagogia, entre outras.

¹⁰ Este conceito cunhado por Michel Foucault (1978, 2007) nos seus trabalhos é utilizado em um sentido pós-estruturalista nas pesquisas que cito acima. Nesta tese, tal conceito será entendido em uma perspectiva marxista, o que quer dizer: como práticas direcionadas a qualquer grupo etário para o domínio de sua força de trabalho

eurocêntricas/estadunidenses, e a presença cada vez maior nas escolas e nos serviços de atendimento à saúde de crianças identificadas como portadoras de transtornos do comportamento e/ou problemas específicos da aprendizagem.

Ou seja, os diagnósticos comportamentais na infância e os problemas de aprendizagem como produção dentro da relação saúde/educação, no final do século XX e início do século XXI, encontram-se ausentes como um tema de debate que ocupe a atenção e as discussões da academia colombiana. Pouco se questiona, numa perspectiva crítica, as bases epistemológicas que sustentam a profissão docente e dos profissionais da saúde colombianos, bases essas imprescindíveis para o entendimento e para a abordagem dos problemas na escolarização e dos comportamentos tidos como “anormais” na dinâmica escolar. Não têm sido interrogadas as práticas da escola e da saúde mental como produtoras da deficiência no que diz respeito às queixas escolares, ou seja, referentes às dificuldades de aprendizagem e aos problemas de comportamento dos escolares.

A saúde mental da infância, até pelo menos quatro anos atrás, não aparecia dentro das indagações dos equipamentos de saúde mental do governo e, portanto, nem da agenda política do país. As crianças, dentro da configuração atual da saúde mental, aparecem de forma ampla como um elemento recente. As ações preventivas e interventivas nesta área estiveram mais relacionadas ao maltrato infantil e seu impacto na vida das crianças e do indivíduo adulto. Sua abordagem reconhecia como principais fontes a violência à família e o recrutamento de crianças para a guerra em áreas de conflito armado. Fora estavam e continuam a estar, até o momento, outras formas e fontes que também poderiam ser consideradas como maltrato, aquelas provindas do sistema de saúde e de educação, por exemplo.

Destacamos este ponto em razão da Enquete Nacional de Saúde Mental (*Encuesta Nacional de Salud Mental*- ENSM de 2015¹¹, sendo este o quarto estudo realizado no país com estas características. As anteriores correspondem aos anos 1993, 1997 e 2003. A ENSM se enquadra no Sistema Nacional de Enquetes e estudos populacionais para a saúde na Colômbia, constituindo um suporte do Plano Decenal de Saúde Pública-PDSP (2012-2013), que responde

contida nas condições físicas e mentais da população em função dos imperativos do capital, o que contempla, neste sentido, epistemologias, práticas, políticas e mecanismos de controle sobre a força do trabalho.

¹¹ Elaborada pela Universidad Javeriana, Colciencias e o Ministério de Saúde. Esta faz parte do Sistema Nacional de Estudos e Enquetes Populacionais para Saúde de Colômbia, é considerada um marco na saúde mental pública do país pelo fornecimento de informações úteis para a tomada de decisões com relação à convivência social e saúde mental propostas no Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021.

às diretrizes tanto do Ministério de Saúde e Proteção Social como da Organização Mundial da Saúde-OMS.

A ENSM 2015 é um estudo observacional de corte transversal, com representatividade regional e nacional, com uma amostra de tipo probabilístico que incluiu, nessa oportunidade, 15.351 pessoas residentes em 13.200¹² lares de áreas urbanas e rurais do país. A importância da ENSM 2015 para esta pesquisa, em relação às realizadas em anos anteriores, reside em que nesta última se indaga, pela primeira vez, sobre a saúde mental em crianças a partir dos sete anos de idade. Os resultados mostram que a questão mais expressiva diz respeito aos transtornos relacionados à linguagem, ansiedade de separação e o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. Estas situações foram identificadas como mais recorrentes nas meninas. De acordo com os resultados da enquete, pelo menos 44,7 % da população infantil requer uma avaliação formal por parte de um profissional da saúde mental para identificar problemas ou possíveis transtornos. Nesse sentido:

27,6 % tem um sintoma, 10,5 % tem dois (estes têm maior probabilidade de apresentar um transtorno mental) e finalmente 6,6 % reportam três sintomas o mais positivo sugerindo ainda maior risco de ter um transtorno mental (ENSM, 2015, p. 129)

Os sintomas mais comuns entre os meninos de 7 a 11 anos referem-se à linguagem anormal, se assustar ou “ficar nervoso sem razão”, apresentar dores de cabeça frequentes e jogar pouco com outras crianças. Também foi identificada uma alta presença de problemas de aprendizagem, principalmente nas áreas das matemáticas, da leitura e da escrita. Segundo o informe:

Existe uma problemática marcada no nível das crianças entre 7 e 11 anos de idade, que requiere de sua intervenção antes de se suscitar um transtorno psiquiátrico. Os resultados mostram a magnitude do problema e servem para desenhar ações na saúde direcionadas a diminuir as problemáticas, a detectar precocemente os possíveis casos e brindar uma atenção oportuna (ENSM, 2015, p. 139).

O conjunto de informações apresentadas até aqui, como muitos outros estudos acerca do fracasso escolar, das queixas escolares¹³ e das dificuldades de aprendizagem, nos mostram que, durante décadas, estas temáticas vêm sendo discutidas e exploradas pela literatura

¹² Em finais de 2018, o Departamento Administrativo Nacional de Estatística-DANE (*Departamento Administrativo Nacional de Estadística*) pertencente ao Poder Executivo do Estado da Colômbia e é a entidade responsável pelo planejamento, levantamento, processamento, análise e difusão das estatísticas oficiais do país. Em finais de 2015, a entidade divulgou os resultados do censo populacional em que se informava que Colômbia contava com um total de 48.203.405 habitantes.

¹³ Apresentamos no Capítulo 1 o que entendemos por Queixa Escolar, uma vez que este conceito é um dos elementos norteadores desta tese.

científica. Porém, apesar de não ser uma questão nova, ainda é uma questão não resolvida.

Deste modo, as informações da ENSM 2015, bem como as visões e linhas de explicação desenvolvidas pelos trabalhos de pesquisadores colombianos, com relação às origens, explanações e possíveis soluções sobre o problema do não apreender em escolares deste país, apresentados nesta introdução, são de grande importância. Contudo, sua utilidade não é a de ratificar patologias inerentes às crianças, muito menos a de considerar que as medidas a serem tomadas perante tal situação, como a intersectorialidade¹⁴ entre saúde e educação, deva ser pensada em direção da identificação precoce de patologias comportamentais ou “do apreender” na infância. Consideramos que a relevância deste conjunto de informações, inicialmente, deve ser a de suscitarmos perguntas, bem como ampliarmos a reflexão sobre os desafios da saúde mental a respeito da prevenção de tais situações e, em especial, para pensarmos e discutirmos os desafios e a incumbência de uma educação de qualidade¹⁵ para a infância que permita a superação da realidade que apresentam tais dados.

Neste sentido, nos perguntamos: em que momento questões escolares deixam de ser responsabilidade da escola e passam a ser de responsabilidade dos serviços de saúde? Qual o entendimento que profissionais da área de saúde e da educação têm sobre aprendizagem e desenvolvimento na infância em fase de escolarização? E, considerando que o processo educacional não acontece de forma linear, perguntamos ainda: como são entendidas e abordadas as dificuldades que se apresentam no processo de escolarização de crianças que cursam os anos iniciais?

Interrogar as informações que temos apresentado até aqui a partir das perguntas antes enunciadas, insere-nos em outra perspectiva de análise e de explicação do problema do fracasso

¹⁴ Entendida como estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais a partir de uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de problemas, políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (JUNQUEIRA, L. A. P., 2000; JUNQUEIRA, R., 2000). No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (FEUERWERKER E COSTA, 2000).

¹⁵ De acordo com os dados atualizados do Instituto de Estatística da UNESCO, um total de 617 milhões de crianças e adolescentes no mundo todo carecem de um nível mínimo na leitura, na escrita e nas matemáticas. Segundo este organismo internacional, mais de 387 milhões de crianças com idade para estar no Ensino Fundamental I (um 56%) e 230 milhões de adolescentes com idade para cursar o primeiro ciclo do Ensino Fundamental II secundária (um 61%) não alcançam esse nível mínimo. Um dos elementos que surpreendem mais a UNESCO é que dos 387 milhões de crianças com idade de cursar primária no mundo e que não sabem ler, 262 milhões frequentam a escola.

escolar expresso nos escolares identificados com patologias do apreender e do comportamento. Tal perspectiva vem sendo adotada por pesquisadores de diferentes áreas em diferentes países, o que, sem dúvida, constitui uma produção de conhecimento que resiste e luta contra as matrizes de conhecimento hegemônicas, especialmente norte-americanas, uma vez que estas últimas oferecem uma compreensão biológica determinista dos fenômenos humanos e que, como consequência, subsumem à estruturação da ciência e a da educação dentro de um sistema que, ao não ser promotor de desenvolvimento, preserva a situação do fracasso escolar e sua patologização.

Numa perspectiva contra hegemônica no âmbito latino-americano, citamos as pesquisas de três países: Argentina, Cuba e Brasil. Quanto à Argentina, na área da psicologia, citamos os estudos de Gisela Untoiglich (2005) e Beatriz Janin (2004); na psiquiatria e da psicanálise, citamos os trabalhos de Leon Benasayag (2014) e Juan Vasen (2005, 2007, 2010, 2011, 2014) e a produção de muitos outros pesquisadores reunidos no *Forum Infancias*¹⁶. Estes autores discutem sobre subjetividades patologizantes criadas a partir do uso de manuais classificatórios como o DSM e o CID10 e dos riscos da abordagem organicista dos comportamentos infantis.

Na produção cubana, destacamos as pesquisas de Guillermo Arias Beatón (1987, 1999, 2001, 2002, 2003, 2009, 2017) na área da Psicologia Escolar e Educacional, transitando por temas como a avaliação e o diagnóstico na perspectiva do Enfoque Histórico Cultural, educação infantil e o trabalho com famílias na educação; Elsa Cristina Rodríguez Bastó e Adriana Ruiz Estrada (2013) sobre atendimento a escolares com problemas na aprendizagem; Santa Nereida Zamora Suárez (2007) e Inti González Chardik (2008), a respeito das dificuldades na aprendizagem escolar e dinâmicas causais nos transtornos emocionais e da conduta; Odalys Roche Chávez (1993, 2017), sobre a prática terapêutica para o desenvolvimento infantil a partir do desenvolvimento próprio do indivíduo.

No Brasil, destacamos estudos nos quais as queixas escolares vem sendo amplamente estudadas, desde os anos 1990, como parte da preocupação de acadêmicos, intelectuais e profissionais de diferentes áreas, (BOARINI, 1993; FRELLER, 1993; SOUZA, 1996, 2000; MACHADO, 1994; SOUZA, e MACHADO, 1997; COLLARES, 1994; COLLARES e MOYSES, 1992; 1996; BOARINI e BORGES, 2009; BRAY, 2009; CHECCHIA E SOUZA, 2003; FACCI, 2016; MEIRA, 2008, 2012; SOUZA, B. de P 2006; 2007; NEVES, 2011;

¹⁶ O *Forum Infancias* se define como “um grupo de profissionais da saúde, a educação e as ciências sociais, preocupados pelo auge que tem tomado nos últimos anos a patologização e medicalização da infância”.

SILVARES, 1989;), perante o expressivo número de crianças e adolescentes que as pesquisas relatam que vêm sendo encaminhados às clínicas psicológicas e aos serviços de atendimento à saúde, por apresentarem supostos “distúrbios da aprendizagem” ou “problemas de comportamento”.

A pesquisa de Maria Lúcia Boarini, realizada em 1993, buscou apreender os aspectos substantivos, geradores e mantenedores da prática de encaminhamentos de escolares às equipes de saúde mental do Estado de São Paulo por queixas de problemas de aprendizagem.

A pesquisa de Marilene Proença Rebello de Souza (2002)¹⁷, realizada no ano de 1989 em oito Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, destaca que 70% dos encaminhamentos para atendimento psicológico de crianças, entre cinco e quatorze anos de idade, correspondiam a problemas de escolarização. As principais queixas remetiam a problemas de aprendizagem e problemas de comportamento. Sobre as razões explicativas para o “não aprender”, as mais citadas foram: distúrbios ocasionados por problemas no momento do parto, “desnutrição”, pobreza, desestrutura de suas famílias e carência afetiva. Nas queixas nada se diz sobre a qualidade da educação direcionada para essas crianças ou sobre as políticas que atravessam a infância e a instituição escolar.

Collares e Moysés (1992, 1996, 1997), em suas pesquisas, destacam também questões relacionadas às dificuldades de aprendizagem, sendo entendidas, na sua grande maioria, como próprias das crianças e, muitas vezes, como consequências de preconceito com relação a sua origem e estratificação social. A maioria dos professores e diretores das escolas pesquisadas pelas autoras atribuía causas biológicas ao suposto não aprender das crianças.

Recentemente, pesquisadores do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas, coordenado por Marilene Proença Rebello de Souza, desenvolvem pesquisas a partir de queixas escolares de crianças nos primeiros anos da escolarização (GASPARETTI, 2011, 2017; LEITE, 2015; TEJADA, 2014;) e problematizam as categorias diagnósticas presentes no DSM como dislexia e TDAH, argumentando que tais diagnósticos correspondem a uma construção histórica, social e cultural no indivíduo, e não aos aspectos constitutivos orgânicos dele.

Sendo ampla a pesquisa nesta área no contexto brasileiro, o que nos motivou a desenvolver mais uma pesquisa sobre o tema é justamente a ausência deste tipo de discussões

¹⁷ Fazemos referência à pesquisa realizada no ano de 1989 que desdobrou no artigo intitulado: *Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia*, publicado no ano de 2002 na Revista Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea.

críticas no contexto colombiano. Consideramos, deste modo, que abordar esta temática na realidade da Colômbia não esgota a discussão, muito pelo contrário, torna-se um elemento que pretende instigar a pesquisa no país neste campo, bem como possibilitar debates que contemplem outras explicações sobre o fenômeno, ampliando-os inclusive para uma configuração maior nos contextos latino-americanos.

Deste modo, esta pesquisa teve como objeto de estudo modelos de atenção em saúde voltados à infância que apresenta dificuldades de escolarização. A relevância e complexidade do problema estudado, além de levar em conta o panorama apresentado acima e de estar baseado na própria experiência profissional, suscitou como objetivo geral desta tese:

Investigar o processo de atendimento realizado na saúde com crianças que apresentam problemas no desenvolvimento e no processo de escolarização.

Derivam do objetivo geral acima citado, os seguintes objetivos específicos:

- caracterizar queixas escolares em função das razões e expectativas que as motivaram;
- identificar e analisar estratégias de intervenção da equipe de saúde perante a demanda;
- compreender o fluxo de encaminhamentos de escolares para a área da saúde;
- verificar e analisar concepções de aprendizagem e de desenvolvimento subjacentes às dificuldades de escolarização por parte dos profissionais da área de saúde.

Para respondermos aos objetivos específicos, construímos algumas perguntas norteadoras desta tese: quais explicações comparecem nos prontuários de atendimento para justificar os encaminhamentos de escolares para o setor da saúde? Que tipo de práticas são geradas a partir de tais compreensões? Que concepções de desenvolvimento e de aprendizagem comparecem nos argumentos dos profissionais de saúde expressos nos prontuários de atendimento? Para o desenvolvimento desta tese, adotamos como eixo central compreensões e conceitos advindos do Enfoque Histórico-Cultural, considerando-o como a construção mais completa e integradora para explicar os fenômenos humanos. Sustentada nas bases metodológicas do materialismo histórico e dialético, o Enfoque Histórico Cultural estrutura as bases para o desenvolvimento da pedagogia e da psicologia ao constituir uma explicação da gênese da psiquis humana na integração do biológico, do social, do cultural e do psicológico. Tomamos, principalmente, as proposições de Lev Semiónovich Vigotsky [1896-1934] sobre o estudo da relação entre aprendizagem e desenvolvimento, e de Lidia Ilínichna Bozhovich [1908-1981], sobre o desenvolvimento da personalidade dos escolares como plataforma das formulações, que defendem a natureza social do psiquismo, e, a partir daí, se traçam caminhos para o estabelecimento de estreitas relações entre a qualidade do desenvolvimento psíquico e

o papel da educação escolar. A produção científica de Bozhovich é também de grande importância para o nosso trabalho, por conta dos aspectos abordados por ela e seu grupo de pesquisa sobre escolares com histórias de fracasso escolar e indisciplina.

Para discutirmos as questões escolares e sua relação com a área de saúde, tomaremos como referência os trabalhos sobre queixa escolar e o processo de escolarização com base na Psicologia Escolar Crítica, desenvolvida por autores brasileiros, com destaques para Maria Helena Souza Patto, Marilene Proença Rebello de Souza, Marisa Eugênia Melillo Meira, Laura Calejon e Beatriz de Paula Souza. Deste modo, as discussões relacionadas ao desempenho escolar e ao comportamento da criança na escola se realizam partindo da concepção de desenvolvimento nesta perspectiva. Para a discussão sobre colonialidade e suas relações com as compreensões do fracasso escolar, os trabalhos de Anibal Quijano [1928-2018] serão tomados como referência.

Levando em conta que este trabalho se debruça sobre um aspecto da realidade colombiana como particularidade da América Latina, os eixos conceituais enunciados, ainda que de áreas distintas como a sociologia política e a psicologia da educação, encontram-se ancorados nas bases marxistas do materialismo histórico dialético, se entrelaçando, se fortalecendo e se complementando para oferecer elementos de abordagem e análise das queixas escolares em uma perspectiva que considera o fenômeno escolar e o desenvolvimento da criança escolar dentro das condições materiais e históricas no universo latino-americano e na singularidade de suas realidades.

Deste modo, esta Tese, é composta por uma Apresentação, Introdução e 6 capítulos organizados da seguinte maneira:

O capítulo 1 está composto por três partes: primeiramente, apresentamos nossa compreensão, a partir do Enfoque Histórico Cultural, sobre desenvolvimento humano tendo a educação e sua organização como processo privilegiado para promover a aprendizagem e, portanto, promover o desenvolvimento da criança escolar. Apresentamos os elementos que permitem considerar este enfoque como a construção mais acabada e integradora da explicação da gênese da psiquis humana, para compreender o processo de formação e desenvolvimento da personalidade da criança escolar. Num segundo momento, apresentamos assentado nas bases da Lei Geral do Desenvolvimento, o diagnóstico explicativo como alternativa de superação de um modelo avaliativo fragmentado, descritivo e classificatório. Para encerrarmos este capítulo apresentamos o conceito de queixa escolar como contribuição da psicologia escolar crítica brasileira e o conceito de colonialidade do conhecimento, apontando a necessidade de revisão

e superação das matrizes epistemológicas que sustentam a formação, a compreensão e as práticas reprodutoras de assujeitamento à condição colonial opostas ao desenvolvimento humano e presente nos contextos da América Latina em que esta investigação ocorre.

No capítulo 2, apresentamos os fundamentos epistemológicos do Materialismo Histórico Dialético como base orientadora dos movimentos deste trabalho. Buscamos compreender o nosso objeto de estudo apreendendo a logicidade e articulações que explicam e permitem superar a aparência do concreto caótico e da pseudoconcreticidade, na tentativa de entender a singularidade de um modelo de atendimento em saúde oferecido por uma instituição de caráter particular na cidade de Cali-Colômbia, em que são atendidas crianças com algum tipo de dificuldade no processo de escolarização e/ou no seu desenvolvimento. Apresentamos também os procedimentos metodológicos adotados bem como as características das fontes de dados selecionadas a saber: documentais e empíricas. Por fim, apresentamos a forma em que foram realizadas as análises dos dados e a triangulação dos mesmos.

No capítulo 3, traçamos um percurso que nos permitisse identificar, nas relações historicamente constituídas entre a saúde e educação, os imperativos ideológicos, políticos e econômicos coloniais produtores de compreensões, explicações e práticas sobre as dificuldades no processo de escolarização, tidos como problemas de aprendizagem, transtornos mentais e/ou do comportamento na criança escolar. O capítulo apresenta também uma reflexão sobre as concepções de infância que historicamente estão presentes na medicina e na educação na Colômbia, buscando compreender, na organização da sociedade capitalista a origem das crianças tidas como fracassadas na escola, encaminhadas para a saúde e rotuladas como portadoras de distúrbios de aprendizagem. Neste capítulo tentamos apresentar as contradições que sustentam estas compreensões e a forma em que elas também se materializam em políticas públicas para a saúde e a educação. Considera-se ainda, e como consequência da lógica assumida, a necessidade de refletir sobre a medicina e a educação como campos de conhecimento que permitem organizar intervenções na infância, principalmente em relação aos escolares considerados “atrasados”, “anormais” ou “problemáticos” que são aqueles atendidos pelo modelo de atenção analisado na pesquisa.

O capítulo 4 apresenta um panorama geral sobre a política de saúde e de educação na Colômbia, sua estrutura e funcionamento que determinam o funcionamento das Instituições de Saúde e portanto, o modelo de atendimento em saúde que analisamos.

O capítulo 5 descreve e analisa o modelo de atendimento que se configura como objeto de estudo, a saber o Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem, oferecido como parte dos serviços prestados por uma instituição de caráter privado, sem fins lucrativos, na cidade de Cali. A partir dos dados obtidos por meio das fontes de dados como os Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde-RIPS, os prontuários de atendimento em saúde e as entrevistas realizadas aos profissionais da instituição, o capítulo descreve e analisa a demanda recebida pela instituição, a natureza dos diagnósticos realizados e as intervenções realizadas pela equipe, categorias estas que nos permitem identificar as concepções e conceitos que sustentam as ações dos profissionais que compõem o modelo de atendimento.

O capítulo 6 apresenta dois casos: o caso A e o M que nos permitiram triangular os dados obtidos nas diferentes fontes analisadas. Neste sentido, colocamos em diálogo as narrativas encontradas nas diferentes fontes de dados orientados sempre pelos autores do Enfoque Histórico Cultural, na Perspectiva Crítica em Psicologia e em Educação e nos Estudos de Colonialidade que lançam luzes para a compreensão do nosso objeto de estudo.

Por fim no capítulo 7, depois de apresentarmos brevemente os marcos internacionais que enquadram e norteiam a educação e a saúde como pilares dos modelos de saúde mental para o mundo e para América Latina, apontamos, a partir de uma proposta alternativo latinoamericana, especificamente no Brasil, possíveis caminhos de superação dos mecanismos de medicalização na infância nas políticas de saúde e educação na Colômbia.

1. DAS PERSPECTIVAS E CONCEITOS NORTEADORES DA PESQUISA

Apresentamos neste capítulo a nossa compreensão, a partir do Enfoque Histórico Cultural, sobre desenvolvimento humano, tendo a educação e sua organização como processo privilegiado e importante para promover a aprendizagem e, portanto, o desenvolvimento da criança escolar. No decorrer desta seção, também apresentamos, assentado nas bases da Lei Geral do desenvolvimento, o Diagnóstico Explicativo como alternativa de superação de um modelo avaliativo fragmentado, descritivo e classificatório. Para encerrarmos este capítulo, trazemos o conceito de Queixa Escolar como contribuição da Psicologia Escolar de perspectiva crítica brasileira e o conceito de Colonialidade do Conhecimento, apontando a necessidade de revisão e superação das matrizes epistemológicas que sustentam a formação, a compreensão e as práticas reprodutoras de assujeitamento à condição colonial contrárias ao desenvolvimento humano.

1.1. Contribuições do Enfoque Histórico Cultural para o desenvolvimento e a aprendizagem escolar

Declaro uma segurança infinita no poder ilimitado do trabalho educativo, particularmente nas condições sociais da União Soviética. Não conheço nenhum caso em que um caráter de pleno valor surgira sem uma ação educativa profícua, nem que, ao contrário, um caráter deformado fosse produzido a pesar de um trabalho educativo correto.

Anton Makarenko, 1957

Na literatura sobre formação de professores (CHAVES, 2007, 2017; ZIBETTI, 2005, 2010) aparece uma certa demanda e interesse por parte dos professores com relação às técnicas e às estratégias de ensino. Uma demanda gerada pela necessidade de resolver problemas que se apresentam no cotidiano das escolas, como problemas com a disciplina, motivação, aprendizagem, entre outros. Isto, em princípio, não representaria problema algum, se não fosse porque, geralmente, tanto a literatura quanto à própria prática profissional revelam uma hipervalorização do saber prático e da técnica em detrimento do saber teórico. Problema comum a outras áreas e campos do saber.

Entretanto, é importante compreender que não existe uma técnica ou estratégia que se sustente à margem de um marco conceitual, do mesmo modo que não existe um marco conceitual que possa ser construído à margem de premissas filosóficas e das formas de pensar que delas derivam.

Sobre este aspecto, Lidía Bozhovich (1976), no preâmbulo de *Os Problemas actuais da educação e o lugar da Psicologia na sua solução*, pontua que, sendo a pedagogia um saber científico responsável pela formação sistemática, e com objetivos definidos, das capacidades humanas no homem, exige-se a compreensão das leis, as bases científicas que sustentam esta formação, para desenvolver seu trabalho pedagógico. Dessa forma, caberia à pedagogia compreender os fundamentos que sustentam o desenvolvimento, a aprendizagem e a formação da personalidade, conhecimentos que lhe seriam proporcionados pelas bases científicas da psicologia.

A autora ainda destaca o fato de que a psicologia de sua época tinha os melhores representantes da pedagogia no passado, tais como Jan Amos Comenius, Jean-Jacques Rousseau [1712-1778]¹⁸, Friedrich Fröbel [1782- 1852], Johann Heinrich Pestalozzi [1746-1827] e Konstantin Ushinsky [1823-1871]. Pedagogos que, ao mesmo tempo que se nutriram dos conhecimentos vindos da psicologia, contribuíram para o fortalecimento e os saberes psicológicos. Não podemos esquecer que, para o Enfoque Histórico Cultural, na perspectiva de Vigotsky, a explicação científica do desenvolvimento psíquico humano e uma educação de boa qualidade é a responsável por produzir e alavancar este desenvolvimento, na relação inseparável entre a Pedagogia e a Psicologia e a integralidade dos processos entre natureza, sociedade e ser humano.

Deste modo, Bozhovich não tenta estabelecer uma relação de hierarquia científica de uma área de conhecimento sobre a outra, ela estabelece uma relação dialética de produção científica entre as duas áreas, tal como podemos ver quando afirma que, na realidade:

o reconhecimento da importância da psicologia para a pedagogia não significa que a pedagogia tenha sido criada sobre fatos psicológicos científicos. Frequentemente o conhecimento científico das leis da vida psíquica das crianças se supre praticamente pela “intuição pedagógica” que se elabora de um trabalho profundo diretamente com as crianças[...]. Assim sendo, em qualquer método ou tradição pedagógica, como regra, há muito de verdade, pois nascem de uma prática concreta, sobre a base da observação pedagógica e, no seu momento, de uma forma ou outra, resolveram os problemas da educação. Quando não são compreendidos e nem generalizados em termos dos fatos psicológicos, podem se tornar [...] receitas que perdem seu

¹⁸ Os textos de Comenius e, posteriormente, os de Rousseau são exemplos possíveis, ainda que não únicos, da fase em que se encontra a pedagogia a respeito da elaboração discursiva do processo de escolarização. A operação teórica efetuada neste sentido pela pedagogia é especialmente interessante. Se bem que, do ponto de vista epistemológico, “criança” e “aluno” constituem objetos muito distintos, numa perspectiva histórica é impossível desligar estes dois conceitos. A pedagogia ergue-se como subsidiária de conceitos gerais relativos à infância e construtora de categorias relacionadas ao aluno, depois de ter legitimado, por séculos, a existência da infância.

fundamento. [...] A compreensão das leis da vida psíquica da criança é imprescindível também para a elaboração de uma teoria geral da pedagogia e de um método de educação, bem como para o trabalho do professor que realiza na prática a formação do homem. Não obstante, o vínculo da psicologia com a pedagogia é necessário não só para esta última. O desenvolvimento das pesquisas e da teoria psicológica deve ser verificado constantemente pela prática (BOZHOVICH, 1976, p. 1, tradução nossa).

Deste modo, Bozhovich destaca que o Enfoque Histórico-Cultural reúne tanto dimensões pedagógicas da psicologia, como as dimensões psicológicas da pedagogia que orientam cientificamente a organização de uma educação que se oferece ao indivíduo precocemente. Neste sentido, conforme Bozhovich, a educação cientificamente organizada, que deve ocorrer o mais cedo possível na vida da criança, é aquela capaz de prevenir o desenvolvimento de traços ou aspectos negativos que, geralmente, aparecem como consequência de uma educação espontaneísta, que costuma resolver, por meio de intervenção terapêutica, no campo da saúde, os problemas gerados na educação, a partir de uma educação formal deficitária.

Na perspectiva do Enfoque Histórico Cultural, o que deve ser feito precocemente com a criança não é a identificação de suas predisposições ou patologias, como proposto nas abordagens organicistas do desenvolvimento. Destarte, o que deve ser realizado com a criança é oferecer a ela, desde cedo, uma organização científica do processo educativo, capaz de garantir uma prática planejada com vistas a assegurar a aprendizagem, o desenvolvimento e a personalidade infantil de modo intencional e consciente, isto é, *prima-se*, assim, que o educador compreenda sua prática embasada no conhecimento científico para não resvalar em práticas intuitivas ou do senso comum.

De acordo com Vigotsky, um dos elementos contribuintes para as distorções do papel da psicologia e da educação na intervenção que deve ser realizada cedo, na vida do indivíduo, corresponde à definição do objeto de estudo da psicologia e, portanto, ao tipo de pesquisas que de tal definição se desdobram. Conforme Vigotsky:

Ultimamente, cada vez soam com maior frequência vozes que colocam o problema da psicologia geral como um problema de primeiríssima importância. Essas colocações, e isto é o mais notável, não partem dos filósofos (para quem isso se converteu num costume profissional) nem dos psicólogos teóricos, mas dos psicólogos práticos, que estudam aspectos concretos da psicologia aplicada, e dos psiquiatras e psicotécnicos, representantes da parte mais exata e precisa de nossa ciência. É evidente que nos encontramos diante de uma encruzilhada, tanto no que se refere ao desenvolvimento na pesquisa quanto ao acúmulo de material experimental, à sistematização dos conhecimentos e à formação de princípios e leis fundamentais. Continuar avançando em linha reta, seguir realizando o mesmo

trabalho, dedicar-se a acumular material paulatinamente, resulta estéril e inclusive impossível. (VIGOTSKY, 1996, p. 203).

A citação acima pertence a O Significado Histórico da Crise da Psicologia, escrito por Vigotsky entre os anos de 1924 e 1927. Nele, o autor discorre e problematiza, dentre outras coisas, sobre a natureza do objeto de estudo da psicologia e os modos de empreender a análise deste, que se desdobrou em diferentes enfoques com explicações fragmentadas dos diferentes fenômenos constitutivos do homem e sua vida psíquica. Vigotsky apontava as tendências da psicologia vigente de sua época, que insistiam no entendimento de um sujeito genérico e universal, supondo como análoga a concepção de mundo, de desenvolvimento e do funcionamento psíquico do indivíduo e, portanto, abordando o desenvolvimento de suas funções psíquicas à margem do seu meio social e cultural e de forma fragmentada.

Estamos falando de uma importante discussão e alerta lançada nos anos 20 do século passado e que persiste nas explicações de algumas teorias formuladas pelo campo da psicologia durante todo o século XX, teorias essas usadas para explicar fenômenos no campo da educação e da saúde como, por exemplo, questões relacionadas à aprendizagem e ao desenvolvimento de escolares. Nesse sentido, o conceito de maturação por exemplo, presente nestas teorias, sustenta uma relação especificamente biológica dos processos de desenvolvimento e aprendizagem. Desdobram-se disto práticas e intervenções classificatórias que, sob nomenclaturas e rotulações, se revelam limitadas e incapazes para oferecer explicações e transformações significativas na vida de crianças, especialmente daquelas que vivenciam situações de fracasso escolar. Ao contrário, desviam-se da compreensão essencial do problema, naturalizando e legitimando condições de desigualdade, segregação e opressão.

A visão de desenvolvimento em Vigotsky carrega e expressa as marcas do método dialético de Marx. Sua elucidação implica o reconhecimento de contrários no interior de uma unidade, em que evolução implica revolução, revolução conduz à superação e superação é evolução. Nessa lógica, Vigotsky apresenta o desenvolvimento na infância como

um complexo dialético que se distingue por uma complicada periodicidade, a desproporção no desenvolvimento das diversas funções, as metamorfoses ou transformação qualitativa de umas formas em outras, um entrelaçamento complexo de processos evolutivos e involutivos, o complexo cruzamento de fatores externos e internos, um complexo processo de superação de dificuldades e de adaptação (1931/1995, p. 141, tradução nossa).

A compreensão dos fenômenos humanos como desenvolvimento, aprendizagem e escolarização, pelo Enfoque Histórico Cultural, traz consigo uma concepção de homem que se constitui como tal, na materialidade histórica e nas relações com sua cultura. Um homem que,

construindo sua cultura e sua organização social, construiu-se a si mesmo. Uma ideia de homem que reconhece suas bases biológicas, mas que se reconhece qualitativamente diferente dos demais seres vivos, porque se construiu cultural, social e coletivamente, e, como consequência, constituiu especificamente o psicológico do ser humano (ARIAS, 2005; VIGOTSKY, 1987).

Assim, é importante esclarecer que a análise dos fenômenos humanos, entre eles o comportamento, a aprendizagem e a escolarização, este último como processo de sistematização dos saberes e as dificuldades que neste processo sejam vivenciadas, não podem ser feitas em um único nível de desenvolvimento (VIGOTSKY, 1987), no nível do meramente biológico, por exemplo. Isto significa entender que o fator biológico determina as reações inatas do indivíduo e é sobre essa base que se constitui todo o sistema de reações adquiridas (VIGOTSKY, 1987). É preciso entender que o corpo biológico é base inicial que facilita a formação das estruturas psicológicas, a partir dos efeitos que produz o conteúdo social e cultural em que o ser humano está inserido, o que implica uma interdependência dinâmica ou mediada, que se produz entre as condições biológicas, as sociais e culturais; condições necessárias e imprescindíveis para lograr o desenvolvimento psicológico humano que se deseja (ARIAS, 2001). Deste modo, ainda que os processos biológicos e a experiência individual sejam importantes, não é isso que determina a mudança qualitativa no psiquismo infantil. O Enfoque Histórico-Cultural tem apontado, com base em suas pesquisas, que a sociabilidade e a comunicação emocional no primeiro ano de vida, a relação com os objetos na primeira infância, o jogo, a atividade plástica e o desenho na idade pré-escolar, as quais se caracterizam como a atividade reitora¹⁹ nos momentos respectivamente mencionados, têm sua gênese na organização cultural e histórica do homem.

A partir disto, nesta tese compreende-se o processo de escolarização como a articulação de atos conscientes e organizados para promover o mais alto grau do desenvolvimento humano na relação aluno professor; considera-se a criança como um ser complexo e concreto, não idealizado, e que o desenvolvimento ocorre em um conflito dialético constante com a realidade. A esse respeito, Vigotsky refere:

O desenvolvimento cultural da criança só pode ser compreendido como um processo vivo de desenvolvimento, de formação, de luta, e, nesse sentido, deve ser objeto de um verdadeiro estudo científico. Ao mesmo tempo, há de

¹⁹ A atividade reitora, conhecida também como atividade principal ou dominante (MARTINS, 2012; MARTINS e MEIRA 2016), no Enfoque Histórico Cultural, diz respeito à atividade principal que organiza e rege o conjunto de transformações nas relações do indivíduo com a realidade social.

introduzir-se na história do desenvolvimento infantil o conceito de conflito, de contradição ou choque entre o natural e o histórico, o primitivo e o cultural, o orgânico e o social. (VIGOTSKY, 1995, p. 303, tradução nossa).

Portanto, nas proposições do Enfoque Histórico Cultural que encontramos uma explicação integradora para o desenvolvimento humano em que a psicologia tenta superar visões dicotômicas. De acordo com Guillermo Arias, no Enfoque Histórico Cultural, o conteúdo psicológico:

não é um produto somente das condições sociais, culturais ou ambientais, nem tampouco um produto das forças internas dos processos psicológicos ou produto de esquemas iniciais ou condições *a priori* da psicologia humana. É essencialmente, um processo que se produz na unidade dialética e na interdependência das condições que dão lugar ao surgimento do conteúdo psicológico humano (ARIAS, 2005 p.23, tradução nossa).

Nesse sentido, como apontou Vigotsky (1995), talvez seja “necessário começar pela elucidação dos conceitos fundamentais, a partir da abordagem dos problemas principais”, o que nos ajuda a entender os problemas essenciais que se apresentam nas relações entre aprendizagem e desenvolvimento humano.

Deste modo, consideramos importante partir do entendimento de algumas leis, categorias e conceitos que explicam esta relação. Dentre elas, a Lei Genética Fundamental do Desenvolvimento. A respeito Vigotsky afirma que,

[...] toda função entra em cena duas vezes, em dois planos, primeiro no plano social e depois no psicológico, ao princípio entre os homens como categoria intersíquica e logo no interior da criança como categoria intrapsíquica" (VIGOTSKY, 1995 p.150, tradução nossa).

Assim, Vigotsky apresenta um novo horizonte de entendimento da gênese social do desenvolvimento humano, que imprime uma característica essencial do Enfoque Histórico-Cultural para a forma em que ocorre o desenvolvimento psíquico, bem como a formação das Funções Psíquicas Superiores (FPS) e que constituem um elemento importante a ser ampliado no nosso trabalho, por duas razões: a primeira, por ser um dos pontos de partida da obra do autor (1991), que carrega claramente a relação dialética entre o biológico e o cultural. Deste modo, as FPS dizem respeito às neoformações ao longo do processo do desenvolvimento humano, em que funções elementares comuns aos animais e humanos (tais como memória e atenção involuntária) se transformam ou se desenvolvem como capacidades especificamente humanas (memória e atenção voluntária ou seletiva, linguagem, pensamento, sistema de valores, por exemplo), tendo em vista as relações que se estabelecem entre os seres humanos e, portanto, dentro da cultura. Assim, as FPS são o fruto da amálgama e fricção contínua das forças

sociais e culturais que permitem que as forças naturais ou biológicas se intelectualizem, se voluntarizem (BOZHOVICH, 1976).

A segunda razão, é porque as FPS se constituem em ponto que concentra a atenção e análise de estudos sobre escolares com problemas nos processos de escolarização²⁰, sendo que, no entendimento do Enfoque Histórico Cultural, elas (as EPS) evidenciam a importância da qualidade da relação com um outro, capaz de orientar conteúdos culturais favoráveis ao desenvolvimento dessas crianças. Nesse sentido, o modo em que se vislumbra o trabalho pedagógico e/ou o trabalho terapêutico, tem a propriedade de promover a relação da criança com a cultura e as pessoas, potencializando a sua atividade autônoma, bem como colocando ambos os sujeitos - criança e professora; criança e terapeuta – como protagonistas do processo educativo.

A Lei Genética Fundamental do Desenvolvimento destaca que a constituição da função psíquica no plano intrapsíquico depende dos processos interpessoais, isto é, a internalização²¹ de conceitos, ideias, saberes e valores ocorre primeiro entre as pessoas, para depois se tornarem elementos internos e constitutivos do indivíduo. Guillermo Arias Beatón (2001) explica que, nesse sentido, ao longo de sua história, as qualidades psíquicas formadas no sujeito, no decurso do seu desenvolvimento, advêm da interação com os conteúdos da cultura.

É a partir da Lei Genética Fundamental do Desenvolvimento Humano que podemos entender a operacionalização daquilo que Vigotsky denominou como Zona do Desenvolvimento Proximal-ZDP²², em que, ao mesmo tempo, se constituem **os níveis da**

²⁰ A respeito, pode ser consultada a ampla produção científica do Laboratório de Psicologia da Educação do Instituto de Psicología L.S. Vygotski de Moscou, o Instituto de Psicologia da Academia de Ciências Pedagógicas da URSS, hoje da Rússia, desenvolvida nos grupos, redes ou círculos de pesquisadores de Vigotsky (Yasnitsky 2009, 2016) em torno da formação da personalidade do escolar; os problemas de adaptação do escolar; o desenvolvimento dos motivos dos escolares; a organização da atividade de estudo, entre outros aspectos que abordam a escolarização e as dificuldades que podem se apresentar neste processo. Dentre os pesquisadores, destacam-se figuras emblemáticas como A.N. Leontiev, S.L. Rubinstein, Elkonin, D. B., V. Davidov, L. Bozhovich, L.S. Slavina, entre outros. Pesquisas na América Latina se debruçam sobre estas questões desde os anos 60, como é o caso de Cuba com os pesquisadores da Cátedra Vigotsky (Arias, G., Febles, M.; Fariñas, G., López, J.; Martínez, A.; Betancourt Torres, Siverio A.M.; J. V.; González, U.; entre outros) e, no Brasil, desde os anos 80, por pesquisadores da área da educação (Duarte, N; Mello, S.A; Bissoli, M.; Jobim e Souza, S.; entre outros) e da Psicologia Escolar, vinculados a diferentes grupos (Martins, L.M; Meira, Bock, A. M.; Pasqualini, J.C; Martins, J.B, entre outros) e Laboratórios, como é o caso do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar-LIEPPE (de Souza, M. H.; Tanamachi, E. de R.; Calejon, L.M; Asbahr, F.S.F.; Leite, H.A.; Gasparetti, S. B.; entre outros.)

²¹ Entendido, nesta tese, como o processo em que o indivíduo reproduz na vida psíquica determinados conteúdos que se dão nas relações interpessoais. Nesta compreensão, o indivíduo é entendido como ativo no processo de apropriação dos conteúdos da cultura.

²² Para Vigotsky (1998), a zona de desenvolvimento próximo ou proximal define aquelas funções psicológicas que amadurecerão dentro de um sistema de ajudas e que, no momento presente do sujeito, estão em estado embrionário.

ajuda. Deste modo, a ZDP pode ser entendida como a esfera em que capacidades na ação do professor, dos pais, inclusive de quem realiza uma intervenção terapêutica com a criança, permitem que ela avance para além do ponto em que se encontrava quando do início da atividade, da ação ou da intervenção. Neste sentido, para compreender o impacto e as possibilidades do processo de escolarização, o educador não pode se limitar ao desenvolvimento real ou desenvolvimento atual demonstrado pelo educando. É possível considerar o desenvolvimento potencial ou proximal, ou seja, aquilo que o sujeito é capaz de realizar com a ajuda de um outro mais experiente. (SANTANA; CALEJON, 2017).

Isto nos obriga a pensar para além das capacidades ou característica do sujeito e focar nas características do sistema de interação socialmente definido.

Em consequência, os erros, os avanços e retrocessos das crianças na aquisição dos códigos do mundo escolar serão considerados como parte da situação dialógica do processo de aprendizagem da criança, que incumbe a educação como autoridade para possibilitar a superação das dificuldades apresentadas na escolarização. Deste modo, queremos enfatizar que a educação não pode se exonerar de suas responsabilidades e possibilidades perante as dificuldades vivenciadas pela criança no processo de escolarização e aprendizagem. Muito pelo contrário, Vigotsky destaca a importância do papel do saber sistematizado no processo de aprendizagem dentro do sistema de escolarização. Processo que marca, fundamentalmente, o desenvolvimento psíquico da criança, pois ao possibilitar, de forma consciente, organizada e colaborativa, a apropriação do saber sistematizado, o educando vivencia uma nova realidade que, segundo Vigotsky (2009, p. 243), “leva invariavelmente ao aumento dos tipos de pensamento científico”, o que modifica radicalmente a relação da criança com o conhecimento e com sua realidade, impulsionando o seu desenvolvimento para além de um mero processo adaptativo da criança ao mundo escolar.

Tal dinâmica dos processos internos do desenvolvimento, em relação às condições externas do indivíduo, foi denominada por Vigotsky (1933, 1996) como Lei Fundamental da Dinâmica do Desenvolvimento ou Situação Social do Desenvolvimento (SSD) que implica que:

[ao] início de cada período de idade, a relação que se estabelece entre a criança e o entorno que a rodeia, sobretudo o social, é totalmente peculiar, específica, única e irrepetível para esta idade. Denominamos essa relação referências

Para ele, essas funções poderiam ser chamadas de brotos ou flores do desenvolvimento, ao invés de frutos do desenvolvimento, “[...] o que a criança pode fazer hoje com o auxílio dos adultos, poderá fazê-lo amanhã por si só”. (VIGOTSKY, 1998, p.113).

como situação social de desenvolvimento nesta idade. A situação social de desenvolvimento é o ponto de partida para todas as mudanças dinâmicas que são produzidas no desenvolvimento durante o período de cada idade. Determina plenamente e por inteiro as formas e a trajetória que permitem à criança adquirir novas propriedades da personalidade, já que a realidade social é a verdadeira fonte de desenvolvimento, a possibilidade de que o social seja transformado em individual. Portanto, a primeira questão que devemos resolver ao estudar a dinâmica de alguma idade, é aclarar a situação social de desenvolvimento. A situação social de desenvolvimento, específica para cada idade, determina [e], regula estritamente todo o modo de vida da criança ou sua existência social (VIGOTSKY, 1996, p. 264, tradução nossa).

A situação social do desenvolvimento configura um outro conjunto de relações sociais que considera “o caráter das vivências da criança, e o caráter de sua relação afetiva com o meio” (BOZHOVICH, 1976, p.100, tradução nossa). Esta lei considera o caráter dialético das condições de vida do escolar e suas particularidades psicológicas.

Na segunda parte do livro *La Personalidad y su Formación en la Edad Infantil* (1976), Bozhovich nos permite entender como o ingresso da criança no ambiente escolar implica novas dinâmicas, na realização de atividades sistematizadas e em um conjunto de aspirações pessoais, como também sociais e culturais que recaem sobre ela. Bozhovich demonstra como isso implica também mudanças revolucionárias ao tempo que sensíveis e sutis, no desenvolvimento psíquico da criança. Ao ingressarem no universo escolar, no processo de se tornar uma criança escolarizada, Bozhovich destaca um aspecto que consideramos fundamental para o desenvolvimento desta tese. Refere-se a “uma **nova posição da criança** na sociedade [e] no Estado, que se expressa na transformação de suas relações concretas com as pessoas que o rodeiam” (p. 136, grifos nossos). Com isto, acontece uma mudança decisiva no lugar que a criança ocupa no sistema de relações imediatas a ela, que se relaciona com o que Bozhovich denominou como posição do escolar que,

devido ao ensino geral obrigatório e ao sentido ideológico que na nossa sociedade se outorga ao trabalho, incluindo o docente, cria uma tendência moral especial da personalidade da criança. O estudo não é para ele simplesmente uma atividade de assimilação dos conhecimentos nem um meio de se preparar para o futuro, senão que a criança o compreende e entende também [,] como sua própria obrigação de trabalhar, como sua participação na vida laboral cotidiana de todos (1976, p. 136, tradução nossa).

A escola se torna o centro da vida das crianças, adquirindo um conteúdo e um caráter totalmente distinto daquele que tinha na etapa pré-escolar. A mudança da posição social da criança ocorre concomitante à aparição da atividade de estudo, na qual se reconfigura notoriamente sua personalidade e o desenvolvimento das suas FPS.

Isto significa que, nos parâmetros de uma educação de qualidade, como a que descreve Bozhovich, a criança haverá configurado não só um nível de desenvolvimento intelectual, como também uma atitude cognoscitiva perante a realidade, ou seja, um determinado desenvolvimento de seus interesses cognoscitivos para assumir a atividade reitora própria do período escolar, sendo esta a atividade de estudo.

É claro que assumir e vivenciar a atividade de estudo desta maneira, e alcançar sucesso nela, tem uma relação importante com um aspecto que hoje ganha mais destaque na organização do sistema educacional na América Latina e, neste caso, na Colômbia²³, no que se refere a compreender a importância da preparação da criança para a aprendizagem de caráter escolar (BOZOVICH, 1976; PASQUALINI, 2010), ou seja, sua Educação Infantil ou período Pré-escolar. Trata-se, deste modo, por um lado, do ingresso obrigatório da criança na Educação Infantil, situação que, há poucos anos, era optativa. Por outro, trata-se dos objetivos que a Educação Infantil deve cumprir na preparação que precede os processos de escolarização, onde a atividade de estudo se concentra na alfabetização. Isto implicou a retirada do caráter assistencial que caracterizava a Educação Infantil para reestruturá-la dentro do plano do ensino. Uma ampla discussão acontece neste processo de reestruturação, principalmente no que tange aos objetivos da Educação Infantil, colocando no cerne se o ensino deve ser ou não ofertado às crianças antes dos 6 anos de idade e se o professor que atua nesta faixa etária deveria ou não realizar atividades de ensino com elas.

A proposição de atividades para as crianças cujo objetivo é adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades constitui, para Daniil Borisovich Elkonin [1904-1984] e Vasily Vasilovich Davydov [1930-1998], um importante aspecto da preparação para a escola. Os autores assinalam que o desenvolvimento da criança no início da escola depende, em grande medida, do grau de preparação da criança, determinado pela educação na primeira infância e na idade pré-escolar. Isto se relaciona com que, se bem algumas crianças parecem não ter desenvolvido uma atitude favorável perante a atividade de estudo, outras, apesar de se mostrarem interessadas pela atividade de estudo, não foram ensinadas a pensar e a resolver

²³ Durante os debates do Plano Nacional Decenal de Educação 2006-2016, 2.415 instituições representantes de diversos setores sociais da Colômbia, organizadas em 483 mesas de trabalho, apresentaram propostas para garantir o direito a educação a partir da primeira infância. A contundência do tema ao longo do processo permitiu que o Desenvolvimento Infantil e a Educação Inicial entraram na agenda dos dez temas do Plano, e serviu como referente conceitual para fortalecer a Política Educativa para a Primeira Infância.

problemas intelectuais, orientando-se por estudar sem compreender, tentando adivinhar, atuando por um modelo sem questioná-lo, entre outros.

Na perspectiva do Enfoque Histórico Cultural, e seguindo o esquema de periodização proposto por Elkonin (1997), no período da Educação Infantil ou período pré-escolar, como fase preparatória para a escolarização, o ensino promotor do desenvolvimento da criança se configura a partir do brincar, sendo o jogo sua atividade reitora. (VIGOTSKY; ELKONIN, 1987).

De acordo com as proposições de Vigotsky, que mais tarde Elkonin desenvolveria em profundidade nas suas obras, sendo uma delas amplamente conhecida no Brasil, *Psicologia do Jogo* (1998), o jogo que interessa para o professor como organizador e orientador do processo de ensino neste período, com o intuito de ponderar o desenvolvimento da criança em termos de sua apropriação dos instrumentos da cultura, é um jogo dirigido, com propósito pedagógico estabelecido pelo adulto. Jogos que permitem introduzir e reproduzir as facetas da realidade. Portanto, o jogo como uma atividade que deve ser capitalizada pelo adulto, para apresentar os conteúdos cuja reprodução do brincar caminhe na direção de exercer uma influência educativa afirmativa. Isto, de modo algum, significa esgotar ou impedir a variedade de formas das atividades de jogo da criança, apenas pretendemos precisar quais dos sentidos ou variedades e em quais condições o jogo protagoniza um papel central no desenvolvimento da criança e na criação das ZDP, permitindo compreender que nem toda atividade lúdica é potenciadora da ZDP, do mesmo modo que nem todo ensino é estruturado para ser desenvolvidor. Com isto, reafirmamos que, ainda que com outros propósitos, na educação pré-escolar o ensino também acontece, e este não se limita ao acompanhamento de um suposto desenvolvimento espontâneo.

O brincar ainda conforme o autor, permite introduzir e reproduzir nos jogos, as facetas da realidade. Mesmo que se espere que a criança no período pré-escolar lide com algumas rotinas e regras mínimas do espaço social e familiar, brincadeiras como o faz-de-conta que se introduz na educação pré-escolar, permitem que, nas representações vividas, a criança cumpra determinadas obrigações impostas pelo próprio papel que representa. Desta forma, este tipo de brincadeiras e jogos conduzem a criança a exercer os direitos e as regras na convivência com os outros companheiros de jogo (ELKONIN, 1960; BOZHOVICH, 1987). Nesse sentido, as brincadeiras e, dentro delas, a dinâmica de regras passam a ser um dos temas que a criança pré-escolar se dedica a compreender. Conforme Bozhovich, as crianças, ao final do período pré-escolar, valorizam a regra como elemento necessário à atividade de jogo. Entendendo, deste modo, que é no processo de ensino realizado pelo adulto que se organiza a vida da criança e se

criam determinadas condições para seu desenvolvimento, o educador não deve se limitar ao “acompanhamento” de um suposto desenvolvimento espontâneo da criança, pelo contrário, o professor deve assumir uma posição diretiva, desafiadora e de controle racional desse processo.

Bozhovich (1987), apoiada nos estudos realizados por Elkonin (1960), enfatiza que a organização de uma educação promotora de desenvolvimento implica garantir que a intervenção pedagógica, as atividades programadas, e os objetivos destas, atendam às particularidades de cada idade ou período do desenvolvimento. Dependendo das vivências neste período, a maioria das crianças no final da educação pré-escolar demonstra motivação e algum tipo de interesse na entrada na escola. O mundo das regras atrai o pré-escolar, que passa a interpretá-las e a corresponder a um tipo de convenção que é determinado, sobretudo, pelas outras crianças e seus professores.

Como temos insistido neste capítulo, o desenvolvimento psicológico e a aprendizagem trazem implicações diretas para o trabalho pedagógico, pois é o ato humanizado “que concretiza [...] a experiência social organizada e historicamente conformada, apresentada na forma de objetos da cultura material e espiritual” (BOZHOVICH, 1976, p. 132), evidenciando a dependência do desenvolvimento das funções psíquicas da criança atrelada aos processos educativos de qualidade.

Nas proposições de Vigotsky (1933, 1996), Bozhovich (1976, 1987), Elkonin (1960) e Leontiev (1978), compreende-se que a base de sustentação do desenvolvimento psíquico não se constitui pela incorporação de fora para dentro de um conjunto de capacidades e conhecimentos. A base de sustentação se constitui na mudança da posição social da criança, ou seja, do estabelecimento de novas formas de se relacionar com as pessoas e seu entorno, da reorientação para um novo conteúdo, da formação de novos motivos de conduta e atitudes valorativas. Enfatizando neste aspecto, Vigotsky comparou o desenvolvimento infantil com a metamorfose que ocorre quando a lagarta, passando pelo estado de crisalida, finalmente se transforma numa borboleta. Com este cotejo, Vigotsky defendeu que o desenvolvimento da criança não consiste simplesmente no aumento quantitativo daquelas capacidades ou características que já possuía, senão, na transformação qualitativa e revolucionária de uma forma para outra.

Retomando novamente as proposições sobre a posição social do escolar, Bozhovich chama a atenção para o fato de que a forma como a criança se depara com suas novas responsabilidades na vida como escolar e o sucesso ou insucesso que disso se derive, “tem um profundo matiz afetivo (BOZHOVICH, 1976, p. 136).”

Desta forma, um provável insucesso escolar ou, em termos de Bozhovich, “a perda da posição que lhe corresponde na escola”, ou a incapacidade de responder às demandas que lhe são feitas geram, na criança, “o sentimento de perda do centro de sua vida, daquele terreno onde se sente membro de um todo social”

As pesquisas sobre a esfera motivacional na conduta de crianças e adolescentes, desenvolvidas por Bozhovich, no Instituto de Psicologia Geral e Pedagógica da Academia de Ciências Pedagógicas da União Soviética, levou-a a concluir que os escolares pequenos geralmente ingressam na escola com um forte desejo de estudar e de conhecer coisas novas, o que implicava um desafio mental,

[seu] interesse pelos conhecimentos está neles, estreitamente relacionada à atitude pelos estudos, como uma atividade séria e totalmente importante. [...] Estas pesquisas demonstram que [,] na sua grande maioria, gostam muito de estudar. Se sentem atraídos especialmente pelos trabalhos sérios e se mostram bastante indiferentes perante os trabalhos que lhes lembram das ocupações de tipo pré-escolar (1976, p. 163)

Estas pesquisas também identificaram que estas crianças, por um lado, recebem a avaliação numérica pelos seus trabalhos, como uma forma de reconhecimento dos seus esforços e não da qualidade do trabalho realizado. Por outro lado, tinham uma relação de profunda admiração e de respeito pela autoridade do professor, sem que fosse questionado o objetivo das atividades propostas. Foi observado que estas atitudes começam a sofrer mudanças em torno do 3º ano do Ensino Fundamental e que o interesse pela escola e pelo estudo começam a decrescer.

Segundo a autora, as causas deste fenômeno obedecem ao que ela considera duas falhas: 1) à organização do ensino, a própria organização dos conteúdos baseada na compreensão empírica dos fenômenos, exigindo pouco da capacidade da criança de operar com conceitos ao invés de sua simples reprodução, situação esta que não satisfaz as necessidades cognitivas das crianças e que, portanto, rompem com a lógica do desenvolvimento psíquico infantil. 2) à questão da organização dos grupos e das atividades coletivas na escola. A motivação social advinda do(a) professor(a) diminui no decorrer da escolarização, mas aumenta o papel do grupo de amigos(as) no processo de desenvolvimento e formação dos motivos.

Os resultados dos estudos desenvolvidos por Bozhovich e sua equipe interessam ao nosso trabalho, porque oferecem outras possibilidades de explicação às dificuldades que podem aparecer no processo de escolarização em crianças entre 6 e 12 anos de idade, período em que crianças vivem o processo inicial em que se constitui sua personalidade como escolares, assim

como suas atitudes e motivações perante as atividades de estudo nas relações com os outros: família, professores e colegas de sala.

O conjunto de proposições expostas acima, além de outras que não explicaremos aqui em razão do alcance e delimitação do nosso trabalho, nos permite entender que o ingresso da criança no ambiente escolar implica novas dinâmicas, a realização de atividades sistematizadas e um conjunto de aspirações pessoais, como também sociais e culturais que recaem sobre ela. Isto indica também, conforme Bozhovich e Vigotsky, neoformações psíquicas, ou seja, mudanças revolucionárias no desenvolvimento psíquico da criança que se estruturam sob a base da atividade principal. Nesse sentido, as neoformações, ou as sínteses complexas das funções psíquicas, nascem da experiência social vivida, sendo que o conjunto e a qualidade das relações, o modo como elas acontecem, são os fundamentos e o cimento em que se desenvolve o processo de aprendizagem e de subjetivação ou de constituição de um sujeito. As relações interpessoais que se desenvolvem em uma dada cultura e em um determinado projeto de sociedade são as condições constituintes dos sujeitos.

No Enfoque Histórico Cultural, o desenvolvimento não é visto como o desdobramento progressivo de capacidades inatas ou como o passo gradual linear de uma etapa a outra condicionada pelo ambiente externo, senão, como um processo dinâmico, interativo e, sobretudo, dialético. Deste modo, se caracterizará por tensões, contradições e complexas redes de interação, em que o externo e o interno, o objetivo e o subjetivo, o individual e o social se entrelaçam para se tornarem inseparáveis e praticamente indistinguíveis.

De acordo com os conceitos e elementos expostos nesta primeira parte, apresentamos quatro conclusões importantes que norteiam esta tese. A primeira: no Enfoque Histórico Cultural, a educação é o processo produtor e promotor por excelência, do desenvolvimento humano e, para isso, envolve o ensino e a aprendizagem, sendo que em tal forma de conceber a educação e o ensino como parte constitutiva, o desenvolvimento não é pré-requisito para a aprendizagem acontecer, não se espera que a criança esteja preparada para a aprendizagem, ao contrário, um bom ensino, na perspectiva vigotskiana, considera a capacidade de se antecipar e, portanto, de promover desenvolvimento, atuando sobre aquilo que ainda não está formado na criança, mas também levando em consideração o desenvolvimento real ou atual. Nesta perspectiva, o ensino é o responsável para que o desenvolvimento aconteça. Em decorrência disto, os processos de desenvolvimento não poderiam se produzir por si mesmos sem a aprendizagem e a figura de um outro mais experiente. A zona de desenvolvimento proximal, como uma forma de operacionalização da lei genética fundamental do desenvolvimento

demonstra a importância da aprendizagem decorrente de um ensino organizado a partir da consideração do desenvolvimento real ou atual e do desenvolvimento potencial, ou seja, daquelas funções que estão em processo de desenvolvimento e que necessitam do outro mais capaz que, em uma relação colaborativa, ajude o sujeito a avançar. Uma educação de qualidade promove um desenvolvimento real ou atual e ainda uma zona de desenvolvimento mais próxima de um novo desenvolvimento real ou atual. Quando a educação anterior é deficiente e não promove o desenvolvimento destes recursos, o trabalho educativo é mais desafiador porque precisa assumir uma dimensão compensatória, na medida em que o desenvolvimento é integral, contínuo e, às vezes, ocorre em saltos.

A segunda conclusão refere-se ao fato de que, com o surgimento da concepção de ensino e de aprendizagem, a criança escolar emerge no Enfoque Histórico Cultural como sujeito da aprendizagem, dadas as condições objetivas e as qualidades humanas presentes na sua cultura. Neste sentido, a educação e as ações que ela demanda para sua efetivação exigem um compromisso ético e político. Os outros, àqueles de que tanto temos falado neste capítulo, identificando-os na sua potência de educar, e a criança escolar emergem também como sujeitos políticos e sujeitos de direitos.

A terceira e quarta conclusão estão estritamente interligadas. Trata-se de que, no Enfoque Histórico Cultural, a dinâmica dos processos internos do desenvolvimento interfuncionais com as condições externas do mesmo, denominadas por Vigotsky como situação social do desenvolvimento, implicam câmbios e mudanças toda vez que funções mentais se reorganizam e reestruturam no curso do desenvolvimento por meio da atividade mediada.

Em consequência, a quarta conclusão refere-se à avaliação da aprendizagem e do desenvolvimento que, quando não contempla a situação do desenvolvimento como parte da explicação, pode ser considerada como tendo distorções, além de ser incompleta.

Optamos por dedicar um espaço nesta tese para desenvolver melhor, mas brevemente, a questão do diagnóstico à luz do Enfoque Histórico Cultural, como pode ser constatado a seguir.

Posteriormente, por entender que o Enfoque Histórico Cultural representa um referencial crítico para a psicologia, a pedagogia e demais áreas com as quais continua a construir conhecimento, apresentamos mais um subcapítulo que tenta identificar como se constituem os referenciais críticos para países da América Latina como Brasil, Colômbia e Cuba.

1.2. A Avaliação e o Diagnóstico Explicativo no Enfoque Histórico Cultural

A psicologia produziu, no século XX, um conjunto de instrumentos, como os testes psicológicos destinados à avaliação do sujeito e à mensuração de determinadas dimensões do psiquismo. Sustentados por teorias que explicam estes fenômenos sobre a base de uma maturação biológica de modo reducionista, a avaliação tradicional carece de uma explicação a respeito da interdependência dinâmica ou mediada, que se produz entre as condições biológicas, sociais e culturais; condições que, como temos insistido ao longo deste capítulo, são necessárias e imprescindíveis para lograr o desenvolvimento psicológico humano que se deseja.

Deste modo, estas teorias insistem na utilização dos testes psicométricos como mecanismos para mensurar os conhecimentos da criança, “sua prontidão” e nível de maturidade para a educação. O historiador da prática pedagógica da Universidad Nacional de Colombia, Javier Sáenz Obregón, declara que a psicología moderna na Colômbia tinha uma identidade definida, por um lado, pela psicologia experimental, que se ocupa fundamentalmente dos processos psicofisiológicos e cognitivos da criança, por outro, pela psicologia clínica ou psicopatologia de fundamento médico, a qual privilegia o estudo dos aspectos afetivos e morais, os instintos, os sentimentos e a vontade.

Adriana Caliman (2009) aponta que os grandes desenvolvimentos na tecnologia de meados do século XX, especialmente nos Estados Unidos, potencializaram, por um lado, avanços importantes no campo das neuroimagens, como novas descobertas na área farmacológica. Este encontro de saberes e de descobertas também impactou fortemente a pesquisa e a clínica psiquiátrica, em seus modos de investigar, descrever e tratar a patologia mental, o que, de acordo com Caliman (2009), se materializou na publicação, em 1980, do DSM III.

Deste modo, os testes psicométricos utilizados, muitas vezes em conjunto com os desenvolvimentos e orientações ideológicas advindos do campo da psiquiatria (presentes nos manuais de diagnósticos), conduziram a um enraizamento do paradigma biológico do qual se desdobram diagnósticos classificatórios, estigmatizantes e, cada vez mais, individualizantes (TEJADA, 2014).

O trabalho de Alfred Binet [1857-1911] foi, para muitos contextos, entre eles o brasileiro (LIMA, 2004; LOBO, 2008; MOYSÉS, 2001) e o colombiano (GAVIRIA, 1965)²⁴, considerado como absolutamente imprescindível para organizar a escola, permitindo apenas a entrada dos escolarizáveis.

Discutir o campo da avaliação psicológica é bastante complexo, e detalhar sua evolução ultrapassa os limites desta tese, não obstante, sem negar a dimensão classificatória dos testes, é importante lembrar e esclarecer que, apesar de suas limitações, Binet, desde o início do século XX (1905, 1908, 1911), defendeu o processo de escolarização, lutando contra a exclusão das escolas francesas, atuando como um dos defensores do direito de todas as crianças à escola, principalmente daquelas que apresentavam maiores dificuldades, e enfrentando a segregação destas populações das escolas francesas. A Teoria Bifatorial de Charles Spearman [1863-1945], que valoriza a dimensão genética da inteligência humana e o fator geral da inteligência, é estimada até nossos dias por diferentes teorias cognitivistas. Insistimos que a psicometrização da proposta de Binet foi feita por pesquisadores da Universidade de Stanford, nas chamadas Revisões Stanford-Binet (1916, 1937, 1960), o que gerou, finalmente, um uso acusatório e segregatório, consequência da utilização deturpada que deles se fez dentro dos princípios ideológicos e utilitaristas da sociedade capitalista. Assim, os testes têm sido colocados a serviço da segregação e da divisão de classes, bem como da segregação social. Eles se corrompem no meio da deformação intrínseca do sistema social imperante (ARIAS, 2001; TEJADA, 2014).

²⁴ A historiografia colombiana sobre a saúde (QUEVEDO, 1990, 2012; MÁRQUEZ; ESTRADA, 2004) e a psicologia (VILLAR, 1965; ARDILA, 1973; VEZZETTI, 1978; SAENZ; SILDARRIAGA; OSPINA, 1997; JARABA, 2011) documenta que as primeiras pesquisas sobre temas de psicologia foram desenvolvidas na Colômbia por educadores, filósofos e, predominantemente, por médicos com uma maior ou menor especialização em Psiquiatria durante os séculos XIX e XX. Álvaro Villar Gaviria é considerada, quicá, uma das figuras mais importantes para o desenvolvimento da psicologia na Colômbia. Médico psiquiatra e psicanalista, ele foi o primeiro decano do primeiro programa de psicologia no país. Em 1965, quando se comemoravam 10 anos da criação da Revista de Psicologia da Universidad Nacional de Colômbia, Villar publicou o artigo intitulado: Desenvolvimento da Psicologia na Colômbia (*Desarrollo de la Psicología en Colômbia*), em que asseverava que “os estudos sistemáticos de psicologia se iniciaram na Colômbia no Instituto de Psicologia Aplicada da Universidad Nacional inaugurado o 9 de julho de 1949, com um plano de estudos encaminhado a preparar pessoal para a admissão de alunos às diversas Faculdades de dita Universidad.” No mesmo texto, Villar afirmava que tal orientação da psicologia, a psicotécnica, tinha iniciado antes, no Laboratório de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidad Nacional, sob orientação de Alfonso Esguerra Gómez, e com a vinculação de Mercedes Rodrigo, psicóloga espanhola recentemente chegada ao país”. A aplicação dos testes foi extensiva à empresa ferroviária, à indústria de liquores, como empresas de diferente índole, sob pretexto de que esta era o melhor meio de “conhecer melhor” os seus discípulos, no caso dos programas universitários, ou seus funcionários, no caso da indústria (VILLAR, 1965). Cabe destacar que a prática permanece na atualidade é parte constitutiva do processo de seleção para o ingresso laboral da indústria nacional, instituições educativas e de saúde.

Na superação desta questão, o Enfoque Histórico Cultural permite repensar o valor da avaliação psicológica, sistematizando um diagnóstico que procura ser explicativo e processual. Assim, a prática proposta no Enfoque Histórico Cultural está orientada na significação do diagnóstico clínico da aprendizagem para além da significação estatística (CALEJÓN, ARIAS, 2002). Se busca, deste modo, transcender a análise aritmética e mecânica que sustenta a psicometria tradicional. É pretendido que outorgue significado às informações, que devem ser obtidas e colocadas sempre no contexto do qual surgem (VIGOTSKY, 1931). Partindo das bases marxistas do materialismo histórico e dialético, é tarefa do processo avaliativo revelar a essência do fenômeno, aquilo que não aparece de forma explícita nos dados nus. Nesta direção, demonstrando a sua agudeza na maneira de encarar tanto a avaliação quanto aquilo que dela se desprende, Vigotsky afirma que, (1931):

[as] medições isoladas seguindo um padrão, sem a ideia ou a intuição sobre a estrutura geral, é pouco provável que possa mudar nosso conhecimento inicial. A tarefa da metodologia não é somente a de ensinar a medir, [consiste] também em ensinar a ver, a pensar, e isto significa que o medo excessivo aos denominados momentos subjetivos na interpretação e a tentativa de obter os resultados das nossas investigações pela via puramente mecânica e aritmética, como tem lugar no sistema Binet, são errôneos. Sem o aperfeiçoamento subjetivo, isto é, sem o pensamento, sem a interpretação, sem o desciframento dos dados e a análise dos dados não há investigação científica. (p. 122, tradução nossa).

Concebida como um processo de busca por conhecimento sobre a situação social da criança, o processo de avaliação psicológica implica uma investigação em que possam ser desentranhadas as relações e contradições inerentes ao seu desenvolvimento e que foram se sedimentando na sua história. Deste modo, a validade do dado empírico dependerá da contextualização dos dados, da forma como eles são interrogados e do referencial teórico utilizado.

A partir dos estudos sobre a “criança difícil”, Vigotsky considerou a avaliação como uma área particularmente sensível no que tange à aprendizagem e ao desenvolvimento de pessoas com necessidades educacionais especiais. Neste caso, os índices absolutos de limitações perceptivas, motoras, cognitivas e afetivas têm pouco valor quando descolados das particularidades da história e, portanto, da situação do desenvolvimento do indivíduo. Nestes casos, o importante não é a presença ou ausência de uma condição ou nível de sua intensidade —como determinado por instrumentos de medição—, senão, a forma como a família, a escola, a comunidade, a sociedade, a política e, em geral, a cultura conceituem e tratam tal condição. As implicações para a avaliação psicoeducativa da referida população cambiam radicalmente

quando se parte da premissa de que “a criança cujo desenvolvimento foi afetado negativamente [pela sua particularidade física]²⁵ não é simplesmente uma criança menos desenvolvida que seus coetâneos normais, senão desenvolvida de outro modo” (VIGOTSKY, 1931, p. 12, tradução nossa).

Pelo exposto, entendemos que o desenvolvimento alternativo pode ser promovido por uma educação que reconheça que a vivência psicológica da condição limitante não surge originalmente da limitação, e sim das condições sociais que “são provocadas pela particularidade física” (Ibid.). Por sua lógica, este raciocínio é generalizável a outras condições de privação sociocultural. A pobreza, a exclusão e a marginalização social não são condições naturais, são, na verdade, produtos da ação, da indeferência e a inação humanas com consequências negativas para amplos setores da população (PORTES, 2005; PORTES; VANDEBONCOUER, 2003). A lógica que emana do Enfoque Histórico Cultural nos convoca a desnaturalizar os fenômenos, mesmo aqueles que, pela sua aparência, possam ser classificados dentro dos fenômenos naturais.

A respeito do diagnóstico explicativo, destaca-se que, neste caso, a avaliação psicológica é considerada um processo de construção de conhecimento sobre o sujeito que se sustenta na reflexão dos dados obtidos a partir de diferentes fontes e recursos, considerando a complexidade e integralidade do desenvolvimento das funções psíquicas superiores. Neste movimento de conhecer, o objetivo é reconstruir a dinâmica histórica do desenvolvimento do sujeito, buscando conhecer o que já está desenvolvido, o que falta para se desenvolver e como o sujeito aproveita as ajudas que recebe. Deste modo, o diagnóstico não é o resultado isolado de um teste ou de qualquer outro instrumento usado no processo de produção de conhecimento sobre a situação que o sujeito vive.

Perante a pergunta que pode surgir sobre qual a função do diagnóstico no Enfoque Histórico Cultural, a resposta, neste mesmo referencial, é: o diagnóstico explicativo objetiva organizar uma intervenção que seja promotora do desenvolvimento do sujeito e que seja capaz

²⁵ Na época em que Vigotsky escreve *Fundamentos de Defectologia* (provavelmente, entre 1924 e 1931), utiliza o termo defeito alusivo à compreensão que se tinha no momento da deficiência como falha ou subtração das funções perdidas em relação à psicologia da criança normal. O uso deste conceito por Vigotsky e como temos apresentado até agora, não diz respeito a uma compreensão de limitação intransponível. Nesta tese, entendendo as compreensões e discussões do campo da inclusão sobre este tema, temos optado na nossa tradução pela utilização do termo “Particularidade Física”. Corresponhia à defectologia a avaliação, o diagnóstico e a educação de pessoas com necessidades educativas especiais. A contribuição de Vigotsky nesta área é de extrema importância a medida que propõe que muitas das limitações que consideramos como orgânicas estão subordinadas ou condicionadas pelos arranjos sociais (ARIAS, 2009).

de orientar outros responsáveis por este sujeito no modo de atuar para promover a continuidade do seu processo evolutivo. (CALEJON; ARIAS, 2002)

Tendo apresentado a concepção de homem, de uma educação que envolve o ensino e aprendizagem como promotores do desenvolvimento e tendo apresentado também os princípios básicos que sustentam a avaliação na perspectiva do Enfoque Histórico Cultural, em que se sustenta esta tese, na continuação apresentamos algumas contribuições importantes advindas do campo da psicologia escolar crítica brasileira para o entendimento dos problemas na escolarização.

1.3. Contribuições da Psicologia Escolar Crítica para a compreensão do processo de escolarização

A historiografia localiza o surgimento da psicologia como ciência específica na segunda metade do século XIX, se debatendo internamente entre as bases filosóficas do iluminismo e suas pretensões de se estabelecer como ciência durante a ascensão do capitalismo industrial. No meio de tais condições, a psicologia surgiu com a demanda de prover conceitos e instrumentos científicos de previsão, controle e adaptação dos indivíduos às exigências do momento histórico e das forças dominantes (PATTO, 1984; KLAPPENBACH, 2006; JACÓ-VILELA; FERREIRA; PORTUGAL, 2008; JACÓ-VILELA, 2012). Assim sendo, para a psicologia como para as ciências sociais da época, a construção de teorias e explicações apontam à constatação das diferenças sociais e das aptidões, justificadas nas diferenças de ordem biológica e racial.

A psicologia escolar como desdobramento daquela “psicologia generalista”²⁶ foi fortemente marcada pelas concepções provenientes principalmente da psicofísica e da psicometria e, tendendo ao estudo experimental e classificatório, se inspirou nos trabalhos de Wundt, Galton e Binet. Deste modo, uma explicação marcadamente organicista e centrada nas diferenças individuais orientou as explicações sobre os problemas escolares na psicologia brasileira e, como veremos posteriormente, na colombiana. Sua constituição ao longo do tempo

²⁶ Autores das práticas pedagógicas na Colômbia (MELO 1985; JARABA; 2010) apontam semelhanças no modelo de formação de psicólogos em toda América Latina, em que haveria uma formação, sem uma especialização, durante o período da graduação em cursos que durariam entre 4 e 5 anos. A especialização numa área específica estaria associada ao campo em que o psicólogo exerce suas intervenções, ao enfoque que norteia sua prática, às agremiações à qual pertence, à formação no nível de pós-graduação, como as linhas de pesquisa a que se vincule.

respondeu às expectativas sociais de que os seus conhecimentos contribuam na organização escolar por meio de suas intervenções, principalmente quando os problemas estavam relacionados ao mal funcionamento e à inadequação do aluno ao ambiente escolar. Deste modo, o olhar e a intervenção de um modelo clínico do conhecimento psicológico é traslado ao ambiente escolar.

Contudo, a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, inicia-se um processo de revisão crítica da psicologia tradicional, sendo esta considerada produtora de explicações naturalizantes do fracasso escolar em crianças de populações empobrecidas. No primeiro capítulo do livro *A produção do Fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebeldia*, de Maria Helena Souza Patto, são reconstruídas, de forma aguda e crítica, as tensões históricas presentes no arcabouço conceitual e técnico da psicologia.

Vemos no trabalho pioneiro de Patto (1984, 1990) uma incorporação dos apelos formulados pela sociologia, área da qual a psicologia tinha se aproximado naquele momento, apontando a necessidade de se debruçar sobre as relações institucionais com e na escola. Deste modo, o caráter ideológico da prática do psicólogo escolar foi colocado em foco, destacando uma prática apoiada, principalmente, em instrumentos de avaliação psicológica e encaminhamentos para atendimento clínico, como modelo de abordagem para os problemas apresentados na relação com o escolar. Com isto, Patto denunciava a participação histórica da psicologia como produtora de um discurso, no interior da educação, que justificava as impossibilidades dos escolares de aprenderem, inaugurando um potente debate que se mantém até nossos dias e que tem instigado pesquisadores nas diferentes regiões do Brasil e em diferentes grupos de pesquisa. Os trabalhos desenvolvidos no nível de iniciação científica, mestrado e doutorado têm apresentado e ampliado outros aspectos para compreender o fenômeno do não apreender, constituindo uma multi-determinação das dificuldades que se apresentam no processo de escolarização da infância. Consideramos relevante mostrar um pouco desse processo de maneira sucinta, utilizando o artigo publicado em 2009, cujo título é *Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas*, de autoria da Professora e pesquisadora Marilene Proença Rebello de Souza, na época, presidente da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional-ABRAPEE. Este trabalho resulta de uma conferência proferida por ela durante as atividades científicas do VIII Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional-CONPE, no ano de 2007. Nele são recopilados os resultados de trabalhos de pesquisa desenvolvidos no Brasil em um período de nove anos, compreendidos entre 1990 e 2007, após o Movimento de Autocrítica citado anteriormente. A autora apresenta

as transformações ocorridas na compreensão e abordagem das questões do apreender, a visibilidade de novas tensões e conflitos que acontecem no contexto escolar e as novas preocupações da área. Quanto aos avanços, nota-se que esta psicologia que se reconstrói como uma psicologia escolar crítica apresenta elementos constitutivos na sua atuação e formação, sendo eles: *a)* uma ruptura com a culpabilização das crianças, adolescentes e suas famílias pelas dificuldades escolares; *b)* uma construção de novos instrumentos de avaliação psicológica e de compreensão da queixa escolar; *c)* uma articulação de importantes ações no campo da formação de professores e de profissionais de saúde.

Tais elementos impregnam esta tese e, em muitos sentidos, se tornam constitutivos dela, especialmente na forma de compreender e abordar o fracasso escolar, manifestado no trânsito naturalizado de escolares do âmbito educativo para o âmbito da saúde em razão das particularidades do seu desenvolvimento, expressas nos seus comportamentos e/ou no desempenho acadêmicos demonstrado.

Tal trânsito ou fluxo de encaminhamentos de escolares da educação para a saúde tem sido conceitualizado neste referencial crítico como *Queixa Escolar*. Conceitualização que materializou um modelo de atendimento proposto pela psicóloga e pesquisadora Beatriz de Paula Souza, em que se pretende desconstruir e desnaturalizar processos de individualização do fracasso escolar. Nos ocuparemos agora apenas do conceito de Queixa Escolar, reservando para o capítulo 6 o modelo de intervenção que se desdobra como superação de intervenções patologizantes centrados no sujeito.

Localizamos a origem do conceito Queixa Escolar nos estudos realizados pela pesquisadora Marilene Proença Rebello de Souza, que possibilitou uma sistematização do conceito. Trata-se de sua tese de doutorado, defendida no ano de 1996, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-IPUSP, intitulada *A queixa escolar e a formação do psicólogo*. Este trabalho foi realizado com quatro cursos de psicologia escolar e psicologia clínica do Município de São Paulo. Foram tomadas como fontes de informação os programas de curso, entrevistas com professores da área e prontuários de atendimento das clínicas escolas vinculadas a estes programas. Na sua pesquisa, a autora reflete e delineia um entendimento mais apurado da complexidade da Queixa Escolar expresso no fracasso do aluno, definindo-a

[como o] conjunto de relações e de práticas individuais, sociais, institucionais que, ao se entrelaçarem na trama da vida diária escolar, produzem uma série de obstáculos, das mais variadas naturezas, e que culminam com a impossibilidade da escola cumprir suas finalidades. (SOUZA, 2010, p. 29)

Como conceito, a Queixa Escolar pode ser entendida numa relação em que aspectos do âmbito da escolarização são deslocados para o âmbito da saúde, identificando como espinha dorsal da demanda o fracasso do aluno nas diferentes dimensões da sua escolarização. Poderíamos dizer também que a Queixa Escolar pode ser entendida como a produção de uma necessidade de intervenção pelos equipamentos e serviços de saúde, para atender a sintomas, individuais e coletivos, orgânicos, psíquicos e sociais, que se manifestam ou são percebidos em ambiente escolar (SOUZA, 2000). Em tal sentido, a Queixa Escolar constitui-se em elemento articulador de relações entre os setores da Saúde e da Educação. Nosso entendimento se baseia na compreensão de que o setor da saúde produz intervenções que materializam e reforçam o olhar na dimensão orgânica do indivíduo. Com isso, articulam-se olhares e práticas que reforçam a responsabilização da criança pelo seu fracasso escolar, exonerando o setor da educação de suas próprias fragilidades e responsabilidades. Diante disso, estrutura-se uma nova explicação: as dificuldades expressas no aluno correspondem às multideterminações que compõem o processo de escolarização. Esta estruturação presente tanto na abordagem de Orientação à Queixa Escolar que explicamos no capítulo final, como na estruturação de um modelo de educação que se estruture a partir do referencial do Enfoque Histórico Cultural, que contempla as particularidades e singularidades da infância historicamente e culturalmente constituída na América Latina, são defendidas na nossa tese como elementos de luta e de resistência perante mecanismos de colonialidade no saber e no conhecimento que contrariam o desenvolvimento do indivíduo e dos nossos países.

Para melhor entender a nossa visão sobre a colonialidade que opera no nível do saber, do conhecimento, na formação e na prática profissional, e o que isso produz na infância e, em geral, no desenvolvimento das nossas sociedades latino-americanas, é absolutamente necessário ao nosso trabalho, discutir os elementos aportados pelos cientistas sociais que têm se debruçado sobre a colonialidade no saber e no conhecimento. Deste modo, no seguinte subcapítulo abordam-se tais contribuições.

1.4. Contribuições dos estudos sociais latino-americanos sobre colonialidade para a discussão dos processos de patologização da saúde e da educação na América Latina

[...]a mulher do médico compreendeu que não tinha qualquer sentido, se o havia tido alguma vez, continuar com o fingimento de ser cega, está visto que aqui já ninguém se pode salvar, a cegueira também é isso, viver num mundo onde se tenha acabado a esperança.

JOSÉ SARAMAGO- Ensaio Sobre a Cegueira (1995)

Em março de 1970, em Conferência realizada no auditório da Universidade de Toronto, Florestan Fernandes discorreu magistralmente sobre o Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina, discurso que posteriormente se materializou em vários artigos ainda mais amadurecidos intelectualmente sobre esta questão. Nesta conferência, Fernandes explicou que as nações latino-americanas, à semelhança de outras nações da América, são produto da expansão da civilização ocidental, ou seja, de um tipo “moderno de colonialismo organizado” (1998, p.95), um colonialismo que teve seu início no “antigo sistema colonial” e que se produziu com a chegada dos espanhóis e portugueses em terras Americanas. Um processo social, econômico e cultural que, de acordo com o autor, “se manteve em razão da evolução do capitalismo e a incapacidade dos países latino-americanos de impedir sua incorporação dependente ao espaço econômico, cultural e político das sucessivas nações capitalistas hegemônicas” (Ibid.).

O capitalismo se transformaria através da história numa velocidade vertiginosa, que superaria as possibilidades históricas dos países latino-americanos, pois cada nova organização e re-organização capitalista da economia ocorria primeiramente preservando os interesses na Europa e nos Estados Unidos, ajustes que viriam sempre acompanhados de “novos padrões de dominação externa emergia inexoravelmente” (Ibid.), de tal sorte que, quando as mudanças precedentes eram absorvidas e incorporadas nas sociedades latino-americanas, novas mudanças com novos padrões eram impostos, tornando impossível a incorporação dos países latino-americanos.

Segundo Fernandes foi fundamental o papel dos colonizadores que, estando em terras latino-americanas, sujeitos a obedecer e representar os interesses da coroa, criaram condições para desenvolver e manter seus próprios interesses. O transplante dos padrões ibéricos de estrutura social sustentados a partir do trabalho escravo de nativos e africanos e o estabelecimento de um sistema de castas possibilitou, deste modo, a implantação de um verdadeiro sistema colonial, em que somente aos colonizadores era permitida a participação nas estruturas de poder.

É na figura dos colonizadores que Florestan Fernandes e Aníbal Quijano localizam a gênese do desenvolvimento da classe burguesa na América Latina, que, posteriormente, e como produto também de processos de mestiçagem, daria origem aos crioulos que liderariam as campanhas de emancipação da América Latina, sob o ideal de construir nações livres e independentes. Uma classe que nas diferentes transformações históricas, até se consolidar numa burguesia latino-americana, continuou a reproduzir os valores das sociedades norte-americanas

e europeias, analisando inclusive suas próprias realidades, a partir do arsenal teórico oferecido por suas matrizes de pensamento. Segundo Quijano, de tal processo e matrizes se desdobrariam outras estruturas de dominação e de poder, dando origem àquilo que ele denominou como colonialidade de poder (1992, 2005, 2014a, 2014b).

A colonialidade do poder explica a constituição da América Latina como identidade da modernidade, de onde se desdobram subjetividades, produtos materiais e intersubjetivos, especialmente no conhecimento, na produção de conhecimento e no fazer ciência. Deste modo, a colonialidade se assume entendendo que ela excede conceitualmente a ideia de colonialismo, na medida em que independe do controle e dominação territorial e política vindas diretamente das potências europeias. Implica na existência de uma estrutura que perpetua a situação de dominação, uma vez que a relação colonial formal tem desaparecido.

A colonialidade diz respeito da lógica de domínio no mundo que independe do controle territorial sobre territórios específicos. Nas relações de poder, extinto o colonialismo como sistema político formal, diz Quijano, o poder social está ainda constituído sobre a base de critérios originados na relação colonial. (1992, p.757, tradução nossa). As instituições, a epistemologia e a cultura são consideradas, também, como elementos cruciais para a exploração capitalista. Com efeito, o conceito de colonialidade do poder é o que permite a articulação entre capitalismo, poder político e a colonização do imaginário.

Colonialidade à primeira vista parece semelhante à dependência ou Teoria da dependência (MARINI, 2000, 2005; DOS SANTOS, 2000); ambos conceitos intentaram dar conta de uma estrutura de dominação que vai além da ordem das questões coloniais. Enquanto a dependência faz referência aos mecanismos concretos do nível do econômico, analisando a materialidade da dialética centro-periferia²⁷, a colonialidade reformula a lógica de compreensão daquela estrutura, tentando dar conta de fenômenos que não seriam passíveis de ser reduzidos a análises de tipo estrutura/superestrutura. Para um melhor entendimento, convém revisar a definição de poder que nos dá o próprio Quijano. Ao expor sua ideia de colonialidade, afirma que,

o poder é um espaço e uma rede de relações sociais de exploração/dominação/conflito articuladas, basicamente, em função e em torno da disputa pelo controle dos seguintes âmbitos de existência social: 1) o trabalho e seus produtos; 2) [...]a natureza e seus recursos de produção; 3) o

²⁷ Para ampliação do tema ver The Economics of Prebisch and ECLA” In *Economic Development and Cultural Change* (Chicago: University of Chicago Press, janeiro Vol. X. 1962.

sexo, seus produtos e a reprodução da espécie; 4) a subjetividade e seus produtos materiais e intersubjetivos, incluído o conhecimento; 5) a autoridade e seus instrumentos, de coerção em particular, para assegurar a reprodução desse padrão de relações sociais e regular seus câmbios (2014a, p. 289)

O conceito de colonialidade do poder descreve diferentes instâncias de formação do sistema capitalista mundial para além de uma estrutura homogênea composta pela formação binária centro-periferia. Destarte, confere maior profundidade ao interrogante dependentista sobre a forma de expansão “dos países capitalistas originários” para diferentes níveis conceituais, elaborando sua categoria de “heterogeneidade histórico-estrutural”. Em palavras de Quijano:

Trata-se sempre de uma articulação estrutural entre elementos historicamente heterogêneos, ou seja, que provem de histórias específicas e de espaços-tempos distintos e distantes entre si, que desse modo tem formas e caracteres não só diferentes, como também descontínuos, incoerentes e ainda conflitantes entre si, em cada momento e ao longo do tempo. (2014b, p. 825, tradução nossa).

A constituição do padrão mundial da colonialidade, que nasceu com a formação do continente Americano, estará historicamente marcada por dois eixos fundamentais: *a)* por um lado, a “articulação de todas as formas históricas de controle do trabalho, de seus recursos e seus produtos, em torno do capital” (QUIJANO, 2005, p. 117, tradução nossa); *b)* por outro lado, a ideia de raça que se origina possivelmente nas diferenças fenotípicas entre conquistadores e conquistados, e que aparece como uma referência amplamente aceita e difundida para definir supostas estruturas biológicas diferenciais entre esses grupos, a partir dos quais se erige uma suposta supremacia dos primeiros sobre os segundos.²⁸

A respeito de tal ideia, não só foram produzidas relações sociais como também identidades sociais: as de índios, negros e mestiços, ao tempo em que esta — a raça — se configurou como uma categoria mental da modernidade que veio permear todas as formas de poder e que, na América, se constituiu em uma forma de legitimar as relações de dominação e de **criar** desigualdades desde a época da conquista (QUIJANO, 2005).

Assim, termos como *espanhol* e *português*, e mais tarde *européu*, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. E na medida em que as relações sociais que se estavam configurando

²⁸ É importante sublinhar, como bem chama a atenção Mark (1994) e mesmo Quijano (1992), que o conceito de raça, em um sentido moderno, se consolida a partir da América como categoria aplicada pela primeira vez a índios e não a negros e, deste modo, aparece primeiro na classificação social da população mundial.

eram relações de dominação, tais identidades foram associadas às hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, com constitutivas delas, e, consequentemente, ao padrão de dominação que se impunha. (QUIJANO, 2005, p. 117, tradução nossa).

Com o tempo, os colonizadores codificaram como *cor* os traços fenotípicos dos colonizados e a assumiram como a característica emblemática da categoria racial. Essa codificação foi inicialmente estabelecida, provavelmente, na área britânico-americana. Os negros eram ali não apenas os explorados mais importantes, já que a parte principal da economia dependia de seu trabalho. Eram, sobretudo, a raça²⁹ colonizada mais importante, já que os índios não formavam parte dessa sociedade colonial. Em consequência, os dominantes chamaram a si mesmos de brancos (QUIJANO, 2005)

Desde então demonstrou ser o mais eficaz e durável instrumento de dominação social universal, pois dele passou a depender outro igualmente universal, no entanto mais antigo, o intersexual ou de gênero: os povos conquistados e dominados foram postos numa **situação natural de inferioridade**, e consequentemente também seus traços fenotípicos, bem como suas descobertas mentais e culturais. Desse modo, raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial. (QUIJANO, 2005 p. 117, tradução nossa, grifos nossos).

Deste modo, a ideia de raça virá a se somar à de capital como eixo para analisar a maneira como, permeando diferentes âmbitos da existência social, se construíram historicamente as relações de dominação e exploração.

Assim, propostos os conceitos de Quijano, compreende-se como a teoria de uma sequência histórica linear e universal para as diferentes formas de organização do trabalho (escravidão, servidão, trabalho livre assalariado) desconheceria que, na América, a escravidão, a servidão e o trabalho assalariado não surgiram da superação de formas pré-capitalistas incompatíveis com o capital, mas, muito pelo contrário, do próprio capitalismo. As bases destas

²⁹ O conceito de raça começou a ser usado no século XVI e teve auge no século XIX, adotando inclusive uma categoria taxonômica equivalente à subespécie. Embora o conceito de raça tenha sido empregado historicamente pela antropologia física ou antropologia clássica (BLUMENBACH, F.F (1752–1840) na diferenciação dos seres humanos por suas características fenotípicas, a partir dos anos 1950 e 1960 o termo começou a ser questionado pelos conhecimentos advindos da genética humana (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 1987; GREEN, et al, 2010) e os novos desenvolvimentos de correntes antropológicas (WIEVIORKA, 2009, 2018; KATARZYNA; KASZYCKA; STRZAŁKO, 2003). Com esta compreensão, defendemos o ponto de vista do Professor Doutor José Marín González, que, dentro do gênero humano, “*Se de “raças” se tratasse, existe uma só: a humana*”. Contudo, nesta tese, mantemos o termo raça porque é o termo utilizado originalmente por teórico Aníbal Quijano justamente para frisar o termo e entender o seu curso histórico na América Latina.

análises aparecem já explanadas nas fortes críticas da Teoria da Dependência perante a noção “progressiva” de “subdesenvolvimento”. Embora, como apontamos em parágrafos anteriores, a Teoria da Dependência centra suas análises no nível econômico, enquanto a colonialidade do poder se estende às Ciências Sociais, revelando a persistência de perspectivas eurocêntricas do conhecimento.

Neste sentido, considerando a relevância da subjetividade como âmbito da existência social e também sujeita à dominação, se faz possível pensar que o conhecimento se torna, também, um veículo e instrumento imperial para a colonialidade e a dependência. Portanto, dentro dessas formas encontram-se também as maneiras de entender e dar explicação aos processos nos quais se insere o homem, incluindo o fazer ciência e construir conhecimento. O imaginário colonial impregnou desde suas origens todo o sistema conceitual, ou seja, a colonização não se tratou apenas de uma experiência de exploração econômica, mas foi também a imposição de uma racionalidade sobre outra.

De fato, a dominação cultural foi crucial para viabilizar a dominação de cunho econômico. Não por acaso, encontramos o nascente aparato conceitual das ciências sociais dos séculos XVII e XVIII se sustentar em ideias coloniais de carácter ideológico. Conceitos binários, tais como barbárie/civilização, tradição/modernidade, comunidade/sociedade, mito/ciência, infância, minoridade/maturidade, desenvolvido/subdesenvolvido, entre outros muitos, surgem nos modelos analíticos das ciências sociais e da saúde, que, por sua vez, estendem-se para educação, tal o caso do binômio normal/anormal ou normal/patológico. Dessa forma, a colonialidade do saber nas sociedades latino-americanas enraíza determinados saberes na medicina, na psicologia e na pedagogia com relação à infância, o desenvolvimento e a escolarização, pautados em uma matriz colonialista e medicalizante, que hoje se constituem como visões hegemônicas presentes no campo do ideário pedagógico e que estão centradas na individualização dos problemas que são de ordem política, social e econômica (TEJADA, 2014).

Ao assumir no interior desta tese a relevância de descolonizar o conhecimento, estamos propondo revisar, nos diferentes níveis da nossa formação como indivíduos, na nossa formação profissional, nas nossas intervenções profissionais, na constituição das políticas nos nossos países, o quanto dos referenciais teóricos, das concepções, das atuações e técnicas utilizadas, dos discursos, que atravessam as vidas das pessoas nos documentos oficiais, contribuem no assujeitamento a essa condição colonial.

Isso significa também reconhecer, abraçar e continuar fortalecendo, por meio da produção de conhecimento coletiva, o que historicamente tem apontado para o desenvolvimento integral e, portanto, a emancipação da única raça que existe: a humana.

O materialismo histórico dialético aponta como horizonte para a produção de conhecimento a superação³⁰ das condições de estranhamento e alienação. Betty Oliveira, no seu artigo *A dialética do singular-particular-universal*, refere que tal superação se dá numa processualidade sedimentada na história e que:

esta se constitui em três momentos fundamentais: 1) Colocar um fim em algo; 2) Conservar esse algo; 3) Superar a forma e o conteúdo desse algo. Isto é: se minha atuação implica necessariamente uma mudança em algo, preciso primeiramente conhecer esse algo para compreender o que precisa ser modificado, aquilo que precisa ‘ter um fim’. Mas isso não quer dizer que vou eliminar o algo que preciso modificar. Quando penso em modificá-lo já estou de certo modo também constatando que ele precisa ser conservado em seu cerne ou em sua base. (OLIVEIRA, 2005, p.15).

Nesta ordem de ideias, e para exemplificá-lo numa área diferente, mas próxima da psicologia, podemos precisar que a discussão da pedagogia como campo na Colômbia iniciou nos finais dos anos 1970. A discussão se ligava aos referentes formativos e teorizações pedagógicas tomadas de outras disciplinas, como a psicologia e a sociologia, entre outras, para interrogar a respeito do professor e seu ensino no mundo contemporâneo. Nessa revisão, tentando construir uma pedagogia que dialogasse com a realidade social e histórica do país e que recuperasse a própria voz de *Los Maestros*, reafirmaram a leitura e revisão das proposições de pensadores clássicos como Vives, Comenio, Herbart, Kant, Pestalozzi, Claparede, Rousseau, Montessori e Freinet entre outros. Isto se materializou no Grupo de História da Prática Pedagógica- GHPP- coordenado pela Professora da Universidad Pedagógica Nacional Olga

³⁰ Encontramos no Dicionário do Pensamento Marxista, Editado por Tom Bottomore e organizado no Brasil por Antonio Monteiro Guimarães (1988), uma definição do que seria superação no horizonte marxista e que citamos a continuação: “Dependendo da interpretação da essência da alienação, os meios recomendados para a sua superação também têm sido distintos. Aqueles que consideram a autoalienação como um fato “psicológico” questionam a importância, e até mesmo a relevância, de qualquer modificação externa nas “circunstâncias” e sugerem que o esforço moral do indivíduo, “uma revolução interior”, é a única cura. E aqueles que consideram a autoalienação como um fenômeno neurótico são coerentes ao oferecer para ela um tratamento psicanalítico. No outro extremo, estão os filósofos e sociólogos que se apegam a essa variante degenerada do marxismo que é o “determinismo econômico” e consideram os indivíduos como produtos passivos da organização social (e em particular, da econômica). Para esses autores marxistas, o problema da desalienação reduz-se ao problema da transformação social, e este ao problema da abolição da propriedade privada. Em contraposição às duas interpretações apresentadas acima, foi proposta uma terceira concepção, em que a desalienação da sociedade está intimamente ligada à desalienação dos indivíduos, de tal modo que é impossível realizar uma sem a outra, ou reduzir uma à outra” (p. 24).

Lucía Zuluaga, que compreendia o exercício de “historiar à pedagogia enquanto discurso e prática acerca do ensino; ali foram contempladas as práticas de ensino em diferentes espaços sociais mediante elementos do saber pedagógico” (1999, p. 74).

Esta revisão e reconceptualização, semelhante ao ocorrido com o Movimento de Crítica em Psicologia no Brasil, incentivou os debates e uma riquíssima pesquisa dos *Maestros* neste campo, muito dela, aproveitada nesta tese. Esta reconceptualização, como Zuluaga (1999) chama, permitiu que, a partir da história, a pedagogia colombiana se olhasse e se reconhecesse no espelho para, com certeza, em muito se superar e se desafiar. De fato, quanto aos desafios, que não são somente da pedagogia, e como apontávamos na introdução desta tese, cabe à pedagogia e também à psicologia, às ciências médicas e sociais colombianas se perguntarem sobre os referenciais que norteiam suas concepções e intervenções postas em prática, bem como se questionar quanto à sua participação na produção de uma patologização dos comportamentos e da aprendizagem dos escolares colombianos. Assim, torna-se imprescindível uma revisão e reconstrução que nos permita superar os males que a colonialidade em suas diferentes formas vem produzindo na saúde e na educação latino-americana. Como bem diz Elenita Tanamachi sobre as teses que orientam o trabalho do grupo de estudo realizado no Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar-LIEPPE, uma superação

que permite explicar a realidade e as possibilidades concretamente existentes para a sua transformação, desde que a finalidade seja a superação daquelas condições ou circunstâncias particulares de objetivação/apropriação alienada no sentido da humanização, ou seja, no sentido da constituição da socialidade dos indivíduos. (TANAMACHI, 2014, p.175).

A psicologia colombiana, tendo um dos programas mais antigos em América Latina, depois da Argentina, tem um longo caminho por percorrer neste processo de revisão e superação. Ainda esta profissão no país, tem nos seus programas, a psicologia condutual como cénit para a compreensão do humano. No entanto, destacamos alguns pesquisadores que tem iniciado este caminho. Dentre eles, destacamos o Professor Bruno Andrés Jaraba Barrios, psicólogo, professor e pesquisador da Universidad del Valle sede Palmira, quem se aproximando da sociologia e da história, empreendeu uma revisão crítica das bases fundacionais da psicologia colombiana. Ao mesmo tempo, sua pesquisa abre caminhos para a pesquisa nas bases socioculturais do comportamento nas universidades.

Tendo apresentado os conceitos e pilares teóricos que sustentam nosso trabalho, apresentamos a continuação, os fundamentos epistemológicos do Materialismo Histórico Dialético como nossa base orientadora metodológica.

2. O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO COMO MÉTODO PARA COMPREENDER A INTERFACE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

A atuação profissional no campo da saúde com interface na educação impõe a necessidade de conhecer e compreender os mais variados elementos que a compõem, da forma mais completa possível. Para tanto, entendemos o método como a estrutura que permite, filosófica e cientificamente, compreender a natureza das práticas profissionais que se articulam para o atendimento em saúde de questões relacionadas à criança escolarizada. A lógica formal, sendo dual e tendendo à separação do sujeito-objeto, se mostrou insuficiente para esta tarefa e é, neste sentido, que encontramos no materialismo histórico e dialético o caminho que melhor nos permite captar a natureza, os movimentos e as contradições do fenômeno estudado. Em síntese, a apreensão do objeto, suas transformações e determinações (Knopin, 1978).

Deste modo, este estudo traz uma análise, a partir de estudo de caso único, de um modelo de atendimento à saúde na cidade de Cali-Colômbia, onde são atendidas crianças com algum tipo de dificuldade no processo de escolarização e/ou no seu desenvolvimento.

Entendemos que, a partir da ótica do método adotado, o grande desafio, ao abordarmos e analisarmos modelos de atendimento em saúde para questões de problemas na escolarização e no desenvolvimento na infância, é o de trazer para o plano racional a dialética do real, buscando a essência deste fenômeno, aquilo que está por detrás da sua aparência, ou seja, o caráter conflitivo, dinâmico e histórico desta realidade (FRIGOTTO, 1991).

Neste sentido, concordamos com a afirmação de José Paulo Netto de que “a reflexão teórica, [...] não ‘constrói’ um objeto: ela reconstrói o processo do objeto historicamente dado. A resultante da elaboração teórica, o produto teórico por excelência, é uma reprodução ideal de um processo real” (1989, p. 143).

O materialismo histórico-dialético enquanto enfoque metodológico busca entender o modo humano de produção social da existência, vinculando-se, portanto, a uma concepção de realidade, de mundo e de vida. Parte do pressuposto que o universo, e tudo o que nele há, tem existência material, concreta e pode ser racionalmente conhecido. E esse conhecimento que é produzido pelo sujeito reproduz o real em suas múltiplas determinações, com o objetivo de superar a aparência mediata das coisas e atingir a sua essência.

A escolha por este método carrega também uma concepção de homem, de produção social da existência humana e seus fenômenos baseada na materialidade e na historicidade (VIGOTSKY, 1996; 2001). Nesta concepção, a abordagem dos fenômenos e a construção de

conhecimento se preocupa não só em descrever a realidade, mas em desvendá-la para explicá-la.

Para tanto, partindo da representação caótica inicial da realidade, da manifestação do fato social, temos, enquanto pesquisadores, o desafio de superar a aparência do fenômeno para apreender sua essência, entendendo que aquilo que se manifesta imediatamente é apenas a representação do fato social. As primeiras impressões deste fato devem ser superadas pela atividade de desvelamento do real, ascendendo às leis fundamentais que estruturam o fato pesquisado e deslocando do plano abstrato para o plano concreto.

A superação do aparente, do que se vê a olho nu, nos coloca na empreitada de desvendar a realidade que, como proposto por Vigotsky, exige do pesquisador o compromisso de partir da realidade, mas com a capacidade de pensar como são produzidas as relações e os nexos dinâmico-causais entre fatos no seu interior, e que, portanto, subjazem à existência objetiva do fenômeno. Será isto, no entendimento de Vigotsky, o que nos permitirá produzir explicações e abstrações, ou seja, chegar no concreto pensado. Desse modo, ao final do processo de pesquisa, o resultado não será mais as representações iniciais do dado empírico, mas o fato social em si concretamente pensado.

Na mesma base marxista que sustenta as proposições de Vigotsky, Karel Kosik (1976) declara que a essência do fenômeno não aparece de forma explícita, não se revela de modo imediato, mas sim pelo desentranhamento das relações e contradições inerentes que a compõem, destacando a importância de apreender os fenômenos em sua processualidade e totalidade, ou seja, como síntese de múltiplas determinações que vão se sedimentando na história. (PASQUALINI; MARTINS, 2015). Em outras palavras, isto implica que a pesquisa considera a concretude, a totalidade e a dinâmica dos fenômenos sociais, que não são definidos *à priori*, mas construídos historicamente.

As implicações da adoção do método materialista histórico dialético na pesquisa em psicologia e, portanto, na produção de conhecimento, podem ser entendidas com maior clareza ao longo do Epígrafe 5, no Significado Histórico da Crise da Psicologia de Vigotsky (1996). A partir da análise crítica sobre as afirmações de Ludwig Binswanger, de que a psicologia geral tinha que ser lógica e devotada à análise de conceitos abstratos, em que os métodos de conhecimento determinam a realidade, Vigotsky nos diz:

Basta adotarmos a perspectiva realista-objetiva – isto é, materialista em gnoseologia e dialética em lógica – na análise teórica do conhecimento científico para que aquela teoria (do Binswanger) se torne inviável. Esse novo enfoque nos indica que a realidade determina nossa experiência; que a realidade determina o objeto da ciência e seu método, e que é totalmente

impossível estudar os conceitos de qualquer ciência prescindindo das realidades representadas por esses conceitos.

F. Engels assinala várias vezes que para a lógica dialética a metodologia das ciências é o reflexo da metodologia da realidade. (VIGOTSKY, 1996, p. 246)

Assim, é possível compreender que todos os conceitos, por mais abstratos que sejam, referem-se, em última instância, à realidade e, por conseguinte, a psicologia geral nunca poderá ser uma disciplina abstrata.

A partir desse modo de pesquisar, o concreto empírico – a realidade que podemos sentir e que se apresenta corriqueiramente a nós – torna-se, nesse processo de apreensão de sua constituição, no concreto pensado. Em outras palavras, ele deixa de ser um objeto cujas determinações só podemos imaginar, para se tornar um objeto de determinações conhecidas, “[...] essa correspondência entre pensamento e realidade que se dá na ciência constitui ao mesmo tempo o objeto e o critério fundamental e inclusive[,] o método da psicologia geral, isto é, seu princípio geral (VIGOTSKY, 1996, p. 248)”.

Partindo da ideia de Kosik (1976) sobre a superação da pseudoconcreticidade em direção à concreticidade pensada do fenômeno, Juliana Pasqualini e Ligia Márcia Martins (2015, p. 364) explicam que, na tradição marxista “o concreto é, portanto, o ponto de chegada”, ao qual só se poderá chegar, “como resultado de um processo de análise que supera a dimensão singular do fenômeno”.

Na perspectiva metodológica do materialismo histórico e dialético, tal superação implica no envolvimento de três movimentos simultâneos: o de crítica, o de construção do novo conhecimento e de ação com vistas à superação/transformação.

Assim a contradição e a mudança não são desconsideradas ou eliminadas na análise dialética. Elas se tornam chave do conceito mesmo de realidade, ou seja, o desdobramento da unidade, em que se reconhecem as partes contraditórias com interesse de compreendê-las, justamente para acessar e entender a realidade. Sobre este aspecto, Martins (2006) afirma que

não se trata de reconhecer opostos confrontados exteriormente, mas tê-los como interiores um ao outro, no que reside um dos mais importantes preceitos da lógica dialética denominado identidade dos contrários. Em conformidade com este princípio falamos então, na unidade indissolúvel dos opostos, o que determina saber o objetivo como subjetivo, o externo como interno, o individual como social, o qualitativo como quantitativo etc. Este é o mais absoluto significado da contraposição marxiana aos dualismos dicotômicos asseverados nos princípios de identidade e exclusão próprios à lógica formal. (p. 9)

A categoria de mediação também é fundamental por estabelecer conexões entre os diferentes aspectos que caracterizam a realidade. Parte do pressuposto que o homem medeia as

relações sociais e, portanto, intervêm no real. Ela explicita a relação dialética que articula o particular e o geral, o todo e as partes. Mostra a necessária relação entre as categorias, de forma que auxilia na compreensão do contexto social para se encaminhar na superação dos antagonismos da exploração do homem pelo homem. É exatamente a mediação na compreensão marxiana que permite aos seres humanos criar e recriar a sua própria existência. Deste modo, como condição humana, a mediação acontece em meio aos desafios de produzir e reproduzir as condições materiais de sua existência e as suas relações de intercâmbio com os outros iguais.

Esta pesquisa aborda a singularidade do modelo de atendimento realizado numa instituição de saúde da cidade de Cali-Colômbia, às crianças que vivenciam problemas no seu desenvolvimento ou no seu processo de escolarização. Na intenção de captar detalhadamente as articulações e contradições que compõem o objeto estudado, são integradas diferentes ferramentas metodológicas e fontes de informação de caráter qualitativo que nos permitem dar dimensão e profundidade a um mesmo fenômeno, possibilitando acessá-lo e conhecê-lo em maior amplitude. Deste modo, conhecer com amplitude ou se aproximar da realidade na maior fidelidade possível não implica assumir uma posição arrogante ou pretensiosa de abarcar a totalidade do problema estudado, nem uma tentativa de esgotar a riqueza de sua discussão. Muito pelo contrário, é a compreensão de que “a realidade é demasiado escorregadia, demasiado múltipla e [...] mutável para encerrá-la em uma fórmula ou conjunto de fórmulas (NOVACK, 1975, p. 65)”.

Portanto, as informações e reflexões a que chegamos neste trabalho constituem mais um passo, mais uma contribuição na sempre inacabada produção de conhecimento. As análises que realizamos são fruto do referencial teórico e metodológico que orientam esta pesquisa e que partem de uma concepção de homem e de sociedade para além dos determinismos biológicos e sociais. Neste sentido, este trabalho pretende contribuir na compreensão do fenômeno numa perspectiva distinta, considerando as múltiplas possibilidades que existem e que se opõem à compreensão hegemônica que se tem até hoje na Colômbia sobre as questões relacionadas à infância e aos desafios que se apresentam no processo de desenvolvimento e de escolarização.

Para tanto, desenvolvemos um Estudo de Caso Único sobre o modelo de atendimento organizado por uma equipe multiprofissional de uma instituição de saúde que atende demandas relacionadas ao processo de escolarização de crianças entre 6 e 12 anos de idade. O estudo de caso como ferramenta metodológica, nos permite focalizar no como e no porquê do fenômeno estudado (YIN, 2001).

Na concepção de Sharan B. Merriam (1998), amplamente citada na pesquisa qualitativa em educação, os estudos de caso “enfocam determinadas situações, eventos ou fenômenos e possibilitam uma descrição ‘robusta’” dos mesmos. Ainda para a autora, o caso pode ser “uma descrição e uma análise intensiva e holística de um fenômeno delimitado como um programa, uma instituição, uma pessoa, um processo ou uma unidade social”.

Deste modo, uma pesquisa cujo objeto de estudo, para além da singularidade dos indivíduos participantes, envolve aspectos da configuração cultural, social e política, em que o fenômeno se insere, só poderia ser desenvolvida por meio de uma estratégia metodológica que se orienta à triangulação das informações obtidas por meio de múltiplas fontes para a compreensão da densidade e complexidade do problema.

Por outro lado, em concordância com os princípios do materialismo histórico dialético, o estudo de caso nos permitiu acessar a multideterminação, profundidade e abrangência do fenômeno, uma vez que articulou as informações obtidas por múltiplas fontes, como análise de documentos, entrevistas e observações.

Assim, e como exposto por Robert Yin (2001, p. 121), o estudo de caso possibilitou conhecer e incorporar uma “ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes”, permitindo o “desenvolvimento de linhas convergentes de investigação” para tentarmos compreender o fenômeno no contexto histórico, social e político de sua produção.

Por fim, acreditamos que os dados obtidos quando triangulados e analisados à luz do enfoque histórico-cultural possibilitam compreender processos sociais e históricos que constituem as práticas nos campos da saúde e da educação, permitindo compreender aspectos dos encaminhamentos de crianças para os serviços de saúde em vários países da América Latina.

2.1. O caminho percorrido na pesquisa

Esta pesquisa de cunho qualitativo como já dissemos, desenvolve-se a partir do materialismo histórico-dialético. Assim, na intenção de compreender o fenômeno de forma ampla e por diferentes caminhos, foram incorporadas diversas fontes de dados e procedimentos metodológicos, de maneira a obter um conjunto de informações que expresse a concretude do objeto de estudo analisado. Dentre as ações para a obtenção de informações, a pesquisa contemplou um período de estágio na instituição colombiana, compreendido entre novembro de 2016 e março de 2017.

Pela experiência profissional vivida na Colômbia em anos anteriores e pelas experiências apresentadas nas pesquisas brasileiras, entendemos que a maior parte dos encaminhamentos da educação para a saúde, em razão do desempenho escolar das crianças e do seu comportamento, terminam se transformando em algum tipo de categoria diagnóstica. Em consequência, o assunto termina sendo competência da saúde mental. Nesse sentido, considerou-se importante conhecer o lugar que este assunto ocupava na agenda da saúde pública municipal e as ações desenvolvidas a partir deste órgão. Deste modo, a pesquisa em campo iniciou com a aproximação do Grupo de Saúde Mental³¹ da Secretaria de Saúde Municipal de Cali. O Grupo realiza ações focadas, principalmente, na prevenção - e atenção integral - do consumo de substâncias psicoativas, bullying e suicídio. Para a equipe, esta pesquisa de doutorado viria a contribuir na visibilização de um assunto que poderia estar associado às problemáticas, antes citadas, e também a outras com as quais eles lidam desde há vários anos. Além de mostrar sua abertura em subministrar as informações que consideramos importantes para a pesquisa, o Grupo de Saúde Mental, representado pela Coordenadora e sua equipe, manifestaram interesse em somar esforços para discutir e visibilizar o tratamento dado na cidade às dificuldades apresentadas no processo de escolarização de crianças entre 6 e 12 anos. O primeiro passo empreendido com a Secretaria foi a identificação das consultas realizadas na

³¹O Programa de **Saúde Mental e Convivência Social** se define como um programa dentro das Secretarias de Saúde de cada cidade que, pertence ao Ministério de Saúde e Proteção Social da Colômbia. “A equipe de trabalho é composta por profissionais e técnicos da área da saúde (psiquiatria, psicologia, enfermagem, fisioterapia, medicina e epidemiologia) e das ciências sociais e humanas (antropologia e serviço social), quienes se encarregam de coordenar e participar em programas e ações que, no nível municipal promovem a saúde mental e atendem o sofrimento psicossocial, em correspondência com a Reforma 4445.0.21.0013, de 13 de janeiro de 2017” (COLÔMBIA, 2018). O Programa foi criado para ser espaço de construção e participação institucional e comunitária, para o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas, focado na promoção da saúde mental e da convivência social, na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, assim como focado em propiciar uma atenção integral à saúde mental e à violências. Fazem parte desta dimensão os equipamentos de: 1. **Gestão integrada para a saúde mental:** lidera e coordena em nível nacional o trabalho conjunto entre os diferentes setores e atores sociais por meio do desenvolvimento de capacidades institucionais e comunitárias nas linhas de promoção da saúde mental, prevenção, atenção integral e integrada e reabilitação dos problemas e transtornos mentais, no nível individual, familiar e comunitário, para garantir o direito fundamental à saúde mental. 2. **Promoção da convivência e prevenção de violências:** busca o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas para conviver respeitando os direitos humanos e a transformação de justificativas culturais para o uso da violência como uma forma de resolução de conflitos. 3. **Prevenção e atendimento ao consumo de substâncias psicoativas:** lidera e coordena no nível nacional abordagem integral focado na redução do uso de drogas e suas consequências, por meio da implementação do Plano Nacional de promoção da saúde, prevenção e atenção ao consumo de substâncias psicoativas, 2014 – 2021, em que se reconhece o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas como um assunto de saúde pública, e o abuso e adição como uma doença que requer atenção integral desde uma perspectiva baseada na evidência e nos direitos humanos.

cidade para o atendimento de crianças nesta faixa etária com diagnósticos relacionados aos problemas de aprendizagem e transtornos de comportamento.

Posteriormente, realizamos contato com uma instituição de saúde da cidade de Cali que atende pacientes com problemas neurológicos e crianças com problemas de aprendizagem e transtornos de comportamento, que concordou em participar da pesquisa. Trata-se de uma instituição privada, sem fins lucrativos, fundada nos anos de 1980.

Iniciamos, nesta instituição, o levantamento de dados e informações fundamentais para a realização deste trabalho em novembro de 2016. São estes dados oficiais na área da saúde sobre o tipo de demanda atendida pela instituição, advindas do campo educativo, com relação às crianças entre os 6 a 12 anos de idade.

2.2. Fontes de dados e procedimentos de pesquisa

Os dados utilizados neste trabalho provêm de fontes documentais e empíricas. Como fonte de dados documentais, utilizamos as bases de dados do Registro Individual de Prestação de Serviços de Saúde-RIPS correspondentes aos anos 2014, 2015 e 2016; prontuários de atendimento à saúde denominados *História Clínica*, como também adquirimos informações a respeito da instituição participante por meio do site institucional.

Com relação à fonte de dados empírica, optamos pela realização de entrevistas semiestruturadas (Ver Apêndice 2)

2.2.1. Fontes de dados documentais

A fonte de dados documental neste trabalho está constituída pelos Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde – RIPS. Tratam-se de informações coletadas a partir de programa de tecnologias da informação alimentado virtualmente e que obedecem às orientações da OMS (2004)³².

No caso da Colômbia, o Ministério de Saúde e Proteção Social tem emitido Resoluções (2546, 0365, 1832), desde 1998, associadas ao manejo dos Sistemas de Informação em Saúde-

³² Organización Mundial de la Salud. Developing health management information systems, a practical guide for developing countries. Washington:WHO Regional Office for the Western Pacific;2004

SIS. Tais resoluções estabelecem padrões sobre a captura de dados dos atendimentos na área da saúde, constituindo obrigatoriedade para todos os prestadores de serviços. Na Resolução 3374 de 2000 os RIPS são definidos como:

um conjunto de dados mínimos e básicos, que o Sistema Geral de Segurança Social (SGSSS) requiere para os processos de direção, regulação e controle e como suporte da venda de serviços, cuja denominação, estrutura e características se tem unificado e estandardizado para todas as Instituições Instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS)” (MINSALUD, COLÔMBIA, 2015)

Os RIPS são gerados a partir da prática médica, assim como de outros profissionais da saúde, constituindo uma base robusta de dados que norteiam o planejamento e elaboração de políticas públicas, investimento de recursos públicos, organização e o funcionamento dos serviços sanitários de todo país, se constituindo também como fonte de pesquisas diversas.

Este registro de informação utiliza a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – **CID 10**³³. A partir desta classificação são registradas as consultas realizadas pelos diferentes profissionais de cada instituição, as quais são entregues no final de cada mês ao órgão receptor das informações, ou seja, às Secretarias de Saúde do seu município.

Gerados rotineiramente com fins administrativos em cada atendimento realizado pelos profissionais da saúde, os RIPS resultam ser fontes de informação de baixo custo quando comparados às Enquetes Nacionais de morbidade ou de Saúde Mental por exemplo. No entanto, os RIPS têm sido utilizados, principalmente, na faturação de serviços e pouco para a vigilância em saúde pública, devido, em parte, ao desconhecimento de sua qualidade, o que faz com que eles sejam subutilizados na prevenção, vigilância e controle em saúde pública, bem como na pesquisa científica e na tomada de decisões na gestão de recursos.

Entendendo-os como uma valiosa fonte de informações que podem dar um panorama geral sobre um assunto em particular, optamos por incorporá-los como fonte de dados para o nosso estudo. A escolha pelas informações dos anos 2014, 2015 e 2016, nesta pesquisa, obedeceu à qualidade dos registros das informações e ao cumprimento das entidades na realização e apresentação da Secretaria de Saúde. Ao mencionar qualidade, fazemos referência à explicação do Médico Epidemiologista do Grupo de Saúde Mental da Secretária de Saúde de

³³ Na Colômbia, na forma de CIE 10. O CID 10, é a compilação de todas as doenças e condições médicas conhecidas. Elaborada pela OMS. O capítulo V é dedicado à psiquiatria.

Cali³⁴, que refere que, em anos anteriores, os registros não apresentavam os parâmetros mínimos estabelecidos pelo SGSSS.

As informações que apresentamos a partir dos RIPS correspondem: 1) ao registro das consultas realizadas na Instituição Prestadora de Serviços de Saúde (IPS), onde foi efetuada a revisão dos prontuários de atendimento; 2) ao conjunto de registros que a Secretaria de Saúde consolida, mensal e anualmente, a partir dos relatórios que recebe de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde da cidade.

Importa destacar também que o sistema RIPS está desenhado de tal forma que todo profissional da área da saúde, mesmo na primeira consulta de atendimento, deve registrar um diagnóstico para o paciente. Este diagnóstico poderá ser comprovado em futuros atendimentos, como também poderá ser mudado. Porém, se o diagnóstico, em um segundo atendimento, não é confirmado, se, pelo contrário, ocorre uma mudança para um outro, no sistema de registro essa informação não aparece esclarecida ou retificada, tal como foi possível verificar nos prontuários de atendimento que avaliamos neste trabalho. Sua função nesta pesquisa foi de fornecer informações que nos permitiram obter uma visão geral do número de diagnósticos que as crianças escolarizadas recebem, trataremos do detalhamento destes dados no capítulo 5 desta tese.

Outra fonte de dados utilizada nesta pesquisa são os prontuários de atendimento denominados “Histórias Clínicas”, isto é, o conjunto de documentos gerados a partir do ato assistencial, por parte dos diferentes profissionais que conformam a equipe de atendimento da instituição de saúde estudada. Tal documento, em seu conjunto, tem as seguintes finalidades: a.) documentar, de forma mais detalhada possível, a assistência, as atuações e os desdobramentos das atuações com o paciente; b.) dar continuidade à assistência facilitando o diagnóstico e as intervenções que se ajustem às necessidades do paciente, levando em conta as observações realizadas pelo conjunto de profissionais da instituição. Neste sentido, a História Clínica deve garantir a clara comunicação entre os diferentes membros da equipe nos diferentes momentos em que se realiza a intervenção; c.) propiciar a segurança do paciente, na medida em que se espera que sejam informadas as reações adversas, encaminhamentos do paciente para outros serviços, finalização e motivo de finalização do processo, entre outros. d.) propiciar também a segurança dos profissionais da saúde, para fins ético-legais, comprovar a presteza e o correto

³⁴ Em posse do cargo no ano em que realizamos o levantamento.

atendimento ao paciente; e.) e, por fim, tem por finalidade a pesquisa, já que prontuários corretamente preenchidos são valiosos auxiliares para o desenvolvimento de estudos em diferentes áreas do conhecimento.

A partir dos diagnósticos mais frequentes apontados pela estatística de consultas de atendimento de crianças entre os seis e os doze anos de idade, dos anos 2014, 2015 e 2016, foram selecionados para análise um total de trinta prontuários de “História Clínica”, dez por cada ano. Iniciamos pela exploração dos locais de onde provinha o encaminhamento, configurando, desta maneira, situações que se tratasse de queixas escolares.

Os prontuários constituíram um elemento documental central nesta pesquisa como fonte de informação. Eles foram, para nós, porta-vozes dos profissionais que atendem um importante número de escolares portadores de algum tipo de demanda, geralmente, levantada na escola ou a partir do desempenho deles no ambiente escolar. Entendendo-os como porta-vozes, os prontuários falam de um conjunto de práticas profissionais e sociais e carregam uma concepção de infância, de desenvolvimento humano, de aprendizagem e de escolarização. Portanto, a análise dos prontuários como documentos exigiu o levantamento de questionamentos a respeito da constituição dos mesmos, da forma como eles são utilizados, das narrativas e visões que eles trazem, problematizando e desnaturalizando as práticas que eles documentam.

A escolha de prontuários de atendimento em saúde como fonte de informação justifica-se por serem documentos que relatam uma história datada e recente de pessoas, neste caso de crianças e suas famílias, que nos permitem compreender o percurso dos encaminhamentos escolares para os especialistas de saúde, bem como a interpretação desses profissionais sobre as dificuldades de desenvolvimento e aprendizagem na infância escolarizada.

2.2.2. Fonte de dados empírica

Realizamos entrevistas semiestruturadas (Ver Apêndice 2) na intenção de permitir a exposição e a defesa de visões e posições tanto por parte do entrevistado quanto do entrevistador, de modo a aprofundar a reflexão sobre o tema de maneira crítica. Desta forma, durante a entrevista buscou-se privilegiar o diálogo, concedendo informações e realizando questionamentos que pudessem possibilitar ao entrevistando a reflexão sobre aspectos tomados como incontestáveis.

A escolha dos entrevistados centrou-se na representatividade dos setores e das esferas que se deparam com a demanda de questões escolares trasladadas ao setor saúde. Com este

critério, foram realizadas entrevistas com profissionais da área da educação, a saber: representantes do governo municipal, professores e coordenadores, bem como com profissionais da área da saúde: representantes do governo, neurologistas, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadoras especiais, psicólogas, neuropsicólogas.

Ao todo, realizamos 19 entrevistas, das quais 14 foram registradas em gravação. A maior parte delas com duração entre 1 hora e meia e 2 horas. Alguns excertos delas aparecem nas análises das entrevistas deste trabalho.

Estas entrevistas e aproximações tiveram a finalidade de conhecer: *a)* como os profissionais explicavam os encaminhamentos das escolas para os serviços de saúde; *b)* como estratégias ou programas de atendimento para a infância escolarizada se fazia presente nas políticas de saúde; *c)* concepções apresentadas pelos entrevistados sobre desenvolvimento humano, educação e aprendizagem. Na Tabela a seguir, apresentamos algumas informações sobre os profissionais entrevistados.

Tabela 1 – Informações gerais sobre os entrevistados

CARGO OU FUNÇÃO	FORMAÇÃO	SETOR	NO. DE ENTREVISTAS
Entrevistado No. 1 CGSM: Coordenadora do grupo de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Municipal e do grupo de convivência Social da Secretaria de Saúde Municipal de Cali	Serviço Social/Licenciatura em Bioquímica	Público	2
Entrevistado No. 2 EPGSM: epidemiologista Grupo Saúde Mental	Medicina e Epidemiologia	Público	1
Psiquiatra 1: psiquiatra Assistente Técnico para 42 instituciones (ESE, EPS o IPS) na Implementação de Protocolos, Guias e Cumprimento da Normatividade Vigente na Atenção Integral e Integrada em Saúde Mental e condutas suicidas.	Medicina e Psiquiatria	Público	1
Subsecretário Educação: subsecretário de Desenvolvimento Pedagógico Secretaria de Educação de Cali/Reitor de Escola da Rede Pública afastado por mudança de função	Licenciatura em Biologia e Química	Público	1
Coordenadora Programa de Atendimento a Populações Vulneráveis da Secretaria de Educação de Cali	Licenciada em educação pré-escolar e educação especial. Especialista em Gerência Educativa	Público	1
Médico Neurologista Infantil 1 da IPS pesquisada e em outras da cidade	Medicina e Neurologia de crianças	Privado	1
Médico Neurologista Infantil 2 da IPS pesquisada e em outras da cidade	Medicina e Neurologia de crianças	Privado	1

Médico Neurologista Infantil 3 da IPS pesquisada	Medicina e Neurologia de crianças	Privado	1
Terapeuta Ocupacional na IPS pesquisada e Profissional de Apoio em Aula Secretaria de Educação Municipal	Terapia Ocupacional	Privado	1
Assistente Social	Serviço Social	Privado	1
Terapeuta em Educação Especial		Privado	1
Fonoaudióloga	Fonoaudiologia	Privado	1
Terapeuta Física	Fisioterapia	Privado	1
Educadora Especial	Licenciada em Educação Pré-escolar Especialista em Educação Especial	Privado	1
Reabilitador Físico	Terapeuta do Movimento	Privado	1
Educadora Especial	Licenciatura em Educação	Privado	1
Psicóloga Grupo de Saúde Mental Assistente Técnica de 42 instituições (ESE, EPS ou IPS) na Implementação de Protocolos, Guias e Cumprimento da Normatividade Vigente na Atenção Integral e Integrada em Saúde Mental e pessoas em situação de consumo de substâncias psicoactiva	Psicóloga Doutorado em Neuropsicologia	Público	2

Fonte: a própria autora.

2.3. Sobre a análise das informações

A organização e análise das informações coletadas em campo, provenientes especificamente dos RIPS, das entrevistas e dos prontuários de atendimento, foi realizada a partir da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (1977). Isto obedece a que o conjunto desta proposta metodológica de análise vai ao encontro do interesse deste trabalho, por apreender os sentidos e significados que sustentam o modelo de atendimento em saúde estruturado em torno de questões escolares e de desenvolvimento. Tais conteúdos foram acessados nas vozes escritas e faladas dos participantes do estudo, sendo as primeiras acessadas por meio dos prontuários de atendimento em saúde e, as segundas, por meio das entrevistas realizadas com especialistas e funcionários do setor saúde.

Segundo Bardin, uma análise de conteúdo se orienta também por meio da análise de significados, se ocupando de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação. Na perspectiva da análise de conteúdo e, segundo a própria autora, sua função primordial é o desvendar crítico e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. Segundo Bardin (2009), a análise do conteúdo configura-se como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A escolha por esta técnica de análise justifica-se pela sua dialogicidade com o materialismo histórico dialético quando propõe, em seu exercício: *a)* uma pré-análise que parte do contato com um acúmulo de informações inicialmente caóticas do concreto empírico; *b)* uma exploração do material que envolve um exercício de organização para evidenciar relações dinâmicas subjacentes que fornecem pistas para explicar o fenômeno e *c)* um tratamento dos resultados que aponta a concretude pensada do fenômeno.

No caso dos Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde – RIPS, sendo uma base de dados para todo o sistema da cidade de Cali, foi necessário realizar um recorte referente à faixa etária de 6 a 12 anos, bem como de diagnósticos relacionados aos objetivos desta pesquisa, a saber: problemas de aprendizagem, transtornos de comportamento, transtornos de desenvolvimento. Para a organização e análise das informações a partir dos RIPS, as duas bases – da IPS³⁵ e da Secretaria de Saúde – foram tomadas, a princípio, separadamente, esperando analisar o comportamento dos diagnósticos, a incidência e a frequência. Foram realizadas aproximações e comparações das duas bases de dados, entendendo a instituição pesquisada como uma expressão do universo da cidade.

Com relação aos 30 prontuários de atendimento denominados “História Clínica”, foi realizada leitura na íntegra, a partir da qual identificamos elementos relevantes para respondermos aos objetivos da pesquisa. Para tanto, as informações foram organizadas numa planilha que destaca os seguintes aspectos: idade da criança, nível de escolarização, origem do encaminhamento; data de início e de finalização do processo de atendimento na instituição de saúde; instrumentos de diagnóstico utilizados; aspectos destacados pelos profissionais sobre a história da criança; diagnósticos atribuídos à criança; plano de intervenção por especialidade; resultados e desdobramentos.

A partir desta organização, foi possível sistematizar a caracterização da demanda recebida pela instituição a partir das seguintes categorias de análise: 1.) motivos pelos quais escolares são encaminhados para serviços de saúde; 2.) natureza do diagnóstico; 3.) natureza da intervenção 4.) e concepções subjacentes.

³⁵ Instituição Prestadora de Saúde-IPS são todas as instituições na Colômbia que prestam serviços médicos de consulta, hospitalares e clínicos e de terapia intensiva. As IPS são contratadas pelas entidades promotoras de saúde – EPS, para que prestem aos usuários os serviços contemplados nos planos de saúde que estas oferecem. As EPS pagam à IPS os gastos médicos que são gerados na IPs pelo atendimento dos pacientes.

2.4. Sobre a triangulação das análises

De acordo com o trabalho desenvolvido por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza, no livro *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais*, a triangulação de dados tem sido utilizada para análise das informações coletadas na pesquisa qualitativa. Poderíamos dizer, em síntese, que a análise por triangulação implica a organização do material coletado e a articulação de três momentos importantes para proceder à análise. O primeiro refere-se à preparação, organização e avaliação das informações levantadas na pesquisa de campo. No caso desta pesquisa, tratou-se dos Registros individuais de prestação de serviços de saúde-RIPS; dos prontuários de atendimentos e das entrevistas com os especialistas da instituição analisada.

Esta etapa também conhecida como etapa de pré-análise enseja um “impregnar-se pelo conteúdo [dos materiais] a fim de alcançar uma visão do conjunto e ao mesmo tempo apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial” (GOMES et al., 2010, p. 205)

O segundo aspecto se refere ao tratamento das narrativas encontradas colocadas em diálogo com os autores do Enfoque Histórico Cultural e da perspectiva crítica em psicologia e educação que estudam a temática em questão. Neste ponto, foram retomados os objetivos do estudo.

O terceiro e último aspecto compreende a análise de conjuntura, entendendo conjuntura como o contexto mais amplo da realidade. Nesse sentido, a técnica prevê dois momentos distintos que se articulam dialeticamente, favorecendo uma percepção de totalidade acerca do objeto de estudo e a unidade entre os aspectos teóricos e empíricos, sendo essa articulação a responsável por lhe imprimir o caráter de cientificidade.

3. MARCOS HISTÓRICOS: CONCEPÇÕES A RESPEITO DA INFÂNCIA NA MEDICINA E NA EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA

Neste capítulo, empreendemos uma reconstrução do nosso objeto de estudo que entendemos ser a materialização de concepções e práticas historicamente constituídas. Deste modo, formulamos uma possível explicação dos elementos epistemológicos, ideológicos e políticos que, ao longo da constituição do campo da saúde e da educação na Colômbia, configuram compreensões, entendimentos e abordagens sobre o desenvolvimento e a aprendizagem, bem como das dificuldades que se apresentam no processo de escolarização, em muitos casos, sob rotulações de categorias diagnósticas. Tal reconstrução histórica nos permite perceber as contradições que sustentam estas compreensões e a forma em que elas também se materializam em políticas públicas mediadas pelas condições de produção capitalista. Discorreremos, a seguir, sobre a infância enquanto uma categoria histórica, na sequência discutiremos a forma em que conhecimentos da educação e da saúde constituem a infância como uma categoria escolar.

A história social, a história da pedagogia e a psicologia social têm mostrado que não há uma única concepção de infância e que esta tem mudado ao longo dos séculos. O trabalho pioneiro de Philippe Ariès (1986, 1987, 2001), a história da infância de Lloyd de Mause (1991), o estudo sobre a genealogia do conceito de infância de Julia Varela (1986) e, para o caso colombiano, os estudos de Cecilia Muñoz e Ximena Pachón (1991, 1996) deixam claro que as concepções da infância não têm sido estáveis ao longo da história, sendo, portanto, variáveis em função das distintas condições sócio históricas. Ainda em relação a essa temática, é possível dizer que o interesse dos historiadores se amplia para uma história dos costumes, das mentalidades e, portanto, da vida privada que mantêm numa relação dialética com as condições sócio históricas e o espírito ideológico das épocas.

Assim sendo, os princípios de organização religiosa e militar presentes na Europa nos séculos XII e XIII originaram as crianças das Cruzadas. Os princípios de organização educativa e científica do século XVII e XVIII deram origem à criança escolar. Os princípios de organização industrial deram origem às crianças trabalhadoras e aos aprendizes do século XIX. Os princípios de organização familiar deram origem ao filho no seio de uma família que realiza todas suas atividades no lar, sob tutela dos pais. O consolidação dos Estados dá origem à figuras jurídicas onde, em condições de garantia de direito, poderíamos falar de crianças tuteladas e amparadas pelo Estado que, desde muito pequenas, passam das mãos de seus pais para as mãos de pessoal especializado, que provê atenção e cuidados em berçários, creches, jardins de

infância, como vemos atualmente. Contudo, também poderíamos dizer que, em função dos imperativos de nação, a consolidação do sistema social e escolar nas sociedades capitalistas gera uma organização escolar em que predomina a desigualdade, a segregação e diferentes mecanismos produtores das mais variadas formas de fracasso escolar dentre as que podemos citar o baixo desempenho escolar, os denominados problemas de aprendizagem, problemas de comportamento, distorções série/idade/ano, repetências, deserção escolar, dentre outros.

Ariès (1986, 1987) mostrou o caráter invisível das concepções de infância, apontando no seu trabalho o caráter ambivalente da sociedade tradicional ocidental, não tendo uma representação clara da criança e ainda menos do adolescente. Mostrou ainda a durabilidade da infância como reduzida ao período de sua maior fragilidade, quando a cria do homem não pode se defender por si mesma; e sua rápida absorção pelo mundo dos adultos, com quem compartilhava trabalhos e atividades, enquanto se desenvolvia fisicamente. O bebê logo passava a ser um homem jovem, sem ser percebido o trânsito pelas etapas da juventude. Tal existência, até o século XVIII, era associada à passagem exclusiva de indivíduos ricos e abastados no contexto das sociedades europeias ocidentais.

A partir de uma perspectiva psicogênica da história da infância, De Mause (1991) aponta que as concepções da infância estão intimamente associadas às formas ou pautas de criação. Estas são concebidas como formas ou tipos de relações paterno filiais que têm se desenvolvido no decorrer da história da humanidade. Dentre elas, há uma variada tipologia que vai desde o infanticídio (antiguidade - século IV), abandono (séculos IV-XIII), ambivalência (séculos XIV-XVII), passando pela intrusão (século XVIII) e socialização (séculos XIX- meados de XX), até chegar a ajuda (iniciada a meados de século XX). Neste contexto, as concepções de infância estão determinadas pela sequência contínua de aproximação dos pais com seus filhos, superando suas próprias ansiedades e limitações, até desenvolver a capacidade de conhecer e satisfazer as necessidades das crianças.

Partindo de uma perspectiva de análise histórica da genealogia do poder para indagar as imagens da infância, Varela (1986) estuda como as figuras da infância não são nem unívocas nem eternas. As variações que estas representações têm sofrido no espaço e no tempo são uma prova de seu caráter sócio histórico. As transformações que têm afetado a percepção da infância moderna estão intimamente ligadas às mudanças nas formas de organização da sociedade.

A categoria de infância é, em definitivo, uma representação coletiva, produto das formas de cooperação ou subalternidade entre grupos sociais em disputa, de relações de força e de

estratégias de domínio e está orientada por interesses sociopolíticos. Isto significa que, sob diferentes figuras encobertas, tem-se erigido a ideia de uma aparente uniformidade, sob a qual se estruturam projetos educativos que respondem a determinados grupos de idade e de prestígio. Em consequência, são promovidos determinados códigos científicos que se fazem presentes em discursos pedagógicos, da medicina infantil e da psicologia. Todos estes saberes são inseparáveis das instituições, das organizações e das regulamentações elaborados em torno da categoria de infância que, pela sua vez, se vê instituída, moldada, protegida ou vulnerada por eles.

Na Colômbia, o estudo histórico das concepções e representações da infância encontram-se nas obras pioneiras de Pachón (1985) e de Muñoz e Pachón (1988, 1991, 1996), que ilustram bem o que tem sido apresentado, por oferecer uma descrição do entendimento que se tinha da infância em Santa Fé de Bogotá no início de século XX, organizados em documentos da época

pais, professores e sacerdotes aparecem como a trindade educadora da época e constituem aqueles pilares nos quais a sociedade depositou a responsabilidade de aperfeiçoar esses maleáveis e imperfeitos, sem capacidade de reflexão e frágeis [...] para direcioná-los pelo caminho da vida racional e cristã. Os textos revisados se encontram inundados de metáforas religiosas, militares e camponesas. A criança é anjo ou demônio, filho de Deus ou filho do diabo, [ora] cheio de paixões, [ora] cheio de virtudes. Soldado raso [e] combatente, a criança é uma planta que tem que ser irrigada, uma terra que tem que ser lavrada. Nos textos se encontram também metáforas científicas: as crianças são seres biológicos, seres psicológicos, seres sociais. No início do século se começa a ver a luta entre as metáforas religiosas, morais, militares, camponesas e as metáforas científicas; a luta entre a visão religiosa e militar da criança e as instituições que o protegiam [assim como] a visão educativa, sanitária, laboral e psicológica, das novas instituições (MUÑOZ; PACHÓN, 1991, p. 374, tradução nossa).

Estas autoras destacam mudanças na concepção de infância na Colômbia de meados do século XX, com relação ao começo de século, pois

[...] os conceitos de pecado e maldade inata foram mudados por uma referência aos problemas do comportamento e às dificuldades no desenvolvimento da personalidade, devidas à intervenção inadequada do ambiente... A inteligência já não seria um bem dado, e sim algo suscetível de ser desenvolvido. A imaginação não era mau hábito, e sim uma qualidade que havia que ampliar e lhe conceder campo livre. As fantasias e os sonhos das crianças não eram [mais] algo que devia ser combatido, e sim formas úteis de compreensão do mundo. A curiosidade não devia ser evitada, era uma qualidade desejável e deveria ser fomentada. A exploração do mundo e de si mesmo [seria] algo que [devia] **ser ajudado a desenvolver. O jogo não era [mais] tempo perdido, e sim uma atividade que devia ser utilizada**

permanentemente na educação e na formação de hábitos. (MUÑOZ; PACHÓN, 1996, p. 330, tradução nossa).

Sem dúvida, a mais forte mutação cultural e política no olhar sobre a infância no Ocidente se desdobra a partir da escolarização entre os séculos XV e XX, o que tem significado um salto entre dois ideais de “conduta infantil”: a da criança quieta, silenciosa e obediente à “criança ativa, brincalhona e criativa”. Ao redor dela, as mudanças para adequar as sociedades modernas à “libertação da infância” têm sido ainda maiores: a reorganização da maternidade individualizada e a família monogâmica; as instituições de cuidado, educação, saúde e proteção social; a readequação dos espaços públicos e privados com condições de segurança, proteção e pedagogia; a formação de saberes especializados que sobre ela se debruçam, nem sempre para libertá-la — saberes psicológicos, médicos, pedagógicos e psiquiátricos —; além da legislação, os sistemas de vigilância e a penalidade, entre os mais notórios (DONZELOT, 1979).

O certo é que, a partir do nascimento da escola moderna na Europa, nos séculos XV e XVI³⁶, a prática pedagógica se generaliza como mecanismo cultural que, nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas pela força do colonialismo e da colonialidade, condensa o saber e a supervisão sobre a infância como objeto de conhecimento, como categoria conceptual e como forma e experiência subjetiva. Para isto, os discursos dos tratados e manuais pedagógicos têm definido as margens de idade e os processos de desenvolvimento psicobiológico da infância; as práticas avaliativas têm direcionado o olhar dos professores para dimensões específicas das crianças na escola. Observa-se que determinados saberes têm disciplinado suas formas de ver, falar e pensar determinadas práticas; sendo geralmente formas moralmente sancionatórias de subalternidade e de exclusão, nas quais seu estabelecimento diz como crianças deveriam se relacionar consigo mesmas, com o professor e com os outros.

Sem pretender culpabilizar a escola ou os professores, é preciso dizer que a escolarização que as sociedades capitalistas oferecem, em meio a condições de desigualdade e de inequidade, tem contribuído para a constituição das crianças permeadas pelo individualismo e tem definido também o que as crianças podem esperar de acordo com sua origem social e suas aptidões.

³⁶ Escola moderna como instituição massiva de ensino elementar ou básica, desenvolvida desde finais do século XV e que, sob os requerimentos das emergentes relações sociais de produção capitalistas, integrou em um mesmo espaço e tempo, um conjunto de práticas de conhecimento, avaliação, direcionamento e formação moral que antes se encontravam dispersas.

“A criança”, “a infância” ou, em castelhano, *el infante, el niño, la niñez* e outros genéricos que possam existir, nomeiam conjuntos de saberes, representações e práticas que os adultos têm construído historicamente para assinalar lugares e funções às crianças nas nossas sociedades. Aquelas enquadradas na categoria de “anormal” recebiam um carimbo de classe e eram significadas a partir de um olhar negador e punitivo. Estas percepções trouxeram consequências para a pedagogia, para a qual foi atribuída a tarefa de endireitar corpos e condutas. Esta tarefa foi designada também aos aparelhos judiciais, que serão chamados quando a escola não conseguir dar conta do recado de assumir a infância anormal e desviada.

A socióloga Miriam Rodrigues Breitman (1994), no seu estudo sobre a construção social da criança delinquente ou perigosa, analisa a participação da escola na produção de desigualdades e violências, a partir de preconceitos com relação à pobreza. A autora manifesta:

O campo da infância delinquente ou perigosa se constitui simultaneamente à institucionalização da escola obrigatória para as crianças das classes populares. A partir daí, serão definidos distintos tipos de infância. As crianças cujo espaço é a rua serão incluídas na categoria de infância delinquente. Neste sentido, o sistema escolar se constitui como reprodutor das desigualdades sociais, fixando cada um no seu lugar, sob a aparência do fracasso e da culpabilidade, promovendo, num mesmo processo e por vias distintas, mas complementárias, a carreira acadêmica e a carreira delinquente. (BREITMAN, 1994, p. 157, tradução nossa).

Deste modo, a exclusão na escola configura e imputa a criminalidade e a violência ao indivíduo a quem exclui e expulsa. A partir desta perspectiva, a escola que se sustenta com uma finalidade moral e política na formação da infância produz uma contradição:

[o] paradoxo para a pedagogia é ter sido encarregada de corrigir e canalizar a natureza humana infantil, segundo o propósito da sociedade moderna: formar sujeitos livres, mas responsáveis, ou seja, autogovernados e autônomos (SAENZ; SALDARRIAGA; OSPINA, 1997, p.114, tradução nossa).

Tal contradição, como veremos em diante, se sustenta num conjunto de saberes que atravessam a escola e que, referendam cientificamente, desigualdades, violências, e lugares sociais do indivíduo na sociedade.

3.1. Medicina e Educação como campos de conhecimento e intervenção na infância: algumas observações históricas

Nesta seção, apresentamos alguns fatores determinantes para a estigmatização e o fracasso escolar de cunho higienistas, religiosos, políticos e outros, que atravessaram a

constituição do mestre/docente e da infância escolar desde o final do século XIX até a metade do século XX na Colômbia, com o objetivo de rastrear, nessa constituição, a incorporação de justificativas ao fracasso escolar de crianças, como consequência de problemas psicológicos, biológicos e/ou neuropsicológicos. Para isso, optou-se por um recorte de dois períodos: o primeiro, de 1920 a 1936, foi caracterizado pelos discursos e práticas associadas à degeneração orgânica da criança. O segundo, de 1936 a 1968, foi caracterizado pelas contradições, produto da introdução da ideia de degeneração sociocultural em meio ao imperativo de progresso da nação colombiana, que, somado aos direitos sociais e civis da criança, articularam novas concepções sobre as infâncias e concepções sobre elas e seus processos de desenvolvimento e escolarização.

Neste sentido, verificou-se que, nos dois períodos, houve um processo que incorporou e facilitou a introdução de estratégias de controle da força de trabalho mediante dois mecanismos: de um lado, os discursos de desqualificação, infantilização e subordinação da população e, do outro, a intervenção medicalizantes, sendo esta de natureza psicologizante, pedagogizante e criminalizante.

Os discursos de desqualificação, um dos mecanismos utilizados, abarca os discursos de especialistas e autoridades políticas, para os quais, em termos gerais, a população colombiana era considerada um povo atávico, ignorante, inferior, com grandes defeitos genéticos e culturais, historicamente herdados, mas com a necessidade urgente de se incorporar ao mercado mundial, indo ao encontro dos imperativos de progresso e desenvolvimento, perspectivas que tiveram maior desdobramento a partir dos anos cinquenta (DÍAZ, 2008).

A análise dos registros de mecanismos de intervenção medicalizantes permite considerar que tais mecanismos foram direcionados à família, ao mestre/professor e à criança, sustentados sobre um ideário racial que incorporava aspectos cronológicos (idade ou etapa do desenvolvimento) e de anormalidade, a partir do estabelecimento de hierarquias orgânicas, cognitivas e morais, dentro das que se contempla a delinquência.

Percebeu-se, nas análises, que estes discursos muitas vezes eram proferidos por figuras proeminentes da política e da ciência do país e carregavam elementos fortes quanto ao peso que depositavam na degeneração racial da população. Parece haver uma férrea crença na incapacidade da população, incapacidade essa produzida pelos “defeitos culturais e ambientais herdados”, robustecidos no ceticismo dos enunciados produzidos pelos especialistas nas conferências e revistas da época (1920 a 1936). Ceticismo que, além de aprofundar a diferença

colonial, se ancorou no correlato sobre a naturalização de uma condena irremediável ao fracasso.

Partindo desses apontamentos iniciais, elaborou-se os seguintes questionamentos: quais os imperativos sociais, históricos, econômicos e político ideológicos que forjam a relação saúde e educação no contexto colombiano? Como, nesta relação, é produzido um olhar para o normal/anormal na criança escolar? Como se constitui o fazer e saber docente atualmente quando encontramos, no interior das escolas, práticas recorrentes que tendem a classificar e encaminhar a queixa escolar para áreas diferentes do âmbito pedagógico, a da saúde, por exemplo, mas que trazem como mote a proteção e o cuidado da infância? Eis algumas das perguntas que norteiam o desenvolvimento deste capítulo.

3.2. A Infância, médicos e professores: entre a higiene e a “teoria” da degeneração da raça

Os debates e as práticas a respeito da infância na Colômbia dos anos vinte e trinta do século XX, que discutiam, mais especificamente, a criança em sua escolarização e o atendimento dado a ela, têm tido desdobramentos significativos que se arrastam até os nossos dias, alguns deles são: o peso da infância enquanto conceito cristão; a imagem da infância do povo como duplamente “bárbara” e perversa; o paradoxo de pedagogias civilizatórias, baseadas nos interesses naturais das crianças, que, para sua regeneração, exigiam práticas pedagógicas clássicas do fortalecimento de sua vontade; e, por último, o efeito, não previsto, da modernização do espaço familiar, das estratégias médicas e pedagógicas postas em marcha pelo governo central e alguns governos regionais para criar uma infância moderna. Um amplo e variado conjunto de articulações sustentadas na infantilização, estigmatização e subordinação a partir de argumentos racialistas.

A análise comparativa dos discursos raciais, eugênicos e higienistas colombianos neste período e também de outros países da América Latina ultrapassa o alcance deste trabalho. No entanto, podemos dizer que alguns intelectuais latino-americanos³⁷ tiveram um particular

³⁷ A produção por parte dos intelectuais latino-americanos da época pode se encontrar nas formas mais variadas, passando por apostilas, livros, cadernos de estudo, conferências, entre outros. Sobre o pensamento político latino-americano positivista nesta direção pode-se ler como representante por Bolívia, *Pueblo Enfermo* (1909) de Alcides Arguedas; por Argentina, *Nuestra América* de Carlos Bunge; por Brasil *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil* (1894) de Raimundo Nina Rodrigues; *América Latina males de origem* (1905) de Manoel Bomfim.

interesse em adjudicar à composição racial das sociedades latino-americanas, o caráter de uma das razões centrais para explicar o freio do desenvolvimento econômico, social e cultural dos seus países. Parece que um dos motivos que seduz os racistas é que, em parte, a explicação racial, por mais fatal, biológica e determinista que possa parecer, de certa forma, exime a responsabilidade humana destas questões e esvazia o debate sobre políticas das classes dominantes e as consequências e responsabilidades de sua condução ou, pelo menos, as atenua.

Neste sentido, poderíamos destacar ainda dois grandes elementos comuns à realidade histórica de vários países latino-americanos. Em primeiro lugar, a conjunção simbólica, que será desenvolvida mais para frente, entre degeneração racial e pecado, evidentemente relacionada à, relativamente, alta ingerência da Igreja católica na educação nacional. Em segundo lugar, como tem sido exposto por Aline Helg (1989) sobre a questão racial, os discursos dos intelectuais colombianos da década de vinte do século passado se encontram entre a valorização da miscigenação e as concepções racistas que pretendiam melhorar a raça para neutralizar os efeitos negativos da miscigenação. Ainda no nível discursivo, como apontado por Helg, no país coexistiam posições contrárias no desenho de políticas estatais e práticas escolares, nas quais predominaram as concepções racistas nos anos vinte.

Na Colômbia, país com uma das Igrejas católicas mais conservadoras do continente, só em 1936 foram dados os primeiros passos para a separação Igreja-Estado no campo educativo. Até os anos trinta, a grande maioria dos docentes com estudos específicos para exercer a docência tinha sido formada em instituições católicas. Uma alta proporção dos formados em educação secundária, a partir da primeira metade do século passado, tinha realizado seus estudos em colégios de congregações católicas, que representavam 50% de todos os estabelecimentos deste nível. As imagens da religião católica ainda hoje ocupam um lugar de privilégio nas edificações de um número significativo de instituições educativas públicas (HELG, 1989).

A infância, como etapa claramente diferenciada da idade adulta, moralmente débil e especialmente apta a ser formada, poderia também ser pensada como uma invenção cristã, cujas origens podem ser encontradas no segundo século da era cristã. Nesta perspectiva, seria uma invenção inseparável desse estranho mito da modernidade acerca da possibilidade de desenhar instituições, normas e métodos, que farão livres e felizes os seres humanos, sem que estes tenham que fazer qualquer coisa para além de segui-las de maneira obediente. Esta invenção seria possível por meio de práticas que *infantilizam* não só a infância, como a população no seu

conjunto e, em especial, os anormais, os perigosos, os pobres, as mulheres e os membros de outras culturas.

Neste sentido, é importante trazer quatro elementos que mostram a articulação política e institucional de raça, infantilização e carga religiosa:

- I. Foi sob governos conservadores e profundamente católicos que, na década dos anos vinte, publicitou-se a teoria da degeneração da raça e foram desenhadas as primeiras estratégias de regeneração da infância e da população que se fundamentavam nela.
- II. Foram dois intelectuais e funcionários públicos conservadores e católicos, Miguel Jiménez López³⁸ (1915, 1920) e Rafael Bernal³⁹ Jiménez (1933), que argumentaram com maior veemência em favor da tese degenerativa neste período.
- III. Apesar da condena papal em 1929⁴⁰ do “naturalismo pedagógico”, sustentado, em boa medida, por concepções recapitulacionistas (Hall, Decroly e Ferrière, entre outros), não foi encontrado enunciado algum por parte da hierarquia eclesiástica colombiana, entre a década dos anos vinte e quarenta do século passado, contra os postulados centrais dos proponentes nacionais da degeneração da raça. (SÁENZ; SALDARRIAGA; OSPINA, 1997).
- IV. Existem escritos de alguns sacerdotes a favor dos conceitos centrais dos defensores da degeneração racial, incluindo o da *moral biológica*, que estabelecia uma relação entre saúde física, saúde mental e níveis de moralidade. (TEJEIRO, 1919).

Mas é em outra dimensão, que poderíamos chamar de as *afinidades simbólicas*, na qual podemos começar a entender as afinidades dos principais pedagogos católicos colombianos pela teoria “moderna” da degeneração da raça colombiana, que direcionava o olhar de políticos, funcionários, intelectuais, médicos e professores para o caráter primitivo/anormal/pecaminoso

³⁸ Miguel Jiménez López (1875 –1955), intelectual e médico conservador que tinha sido professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Bogotá, convencido da necessidade de controlar os excessos e as paixões doentias das raças colombianas para formar cidadãos úteis, foi também um dos principais impulsores das reformas pedagógicas e educativas no país fundamentadas na escola ativa. Como embaixador na Alemanha em 1924, contratou uma missão pedagógica alemã para reformar o sistema educativo nacional.

³⁹ Rafael Bernal Jiménez (1898-1974): humanista jurista, periodista, sociólogo, filósofo, historiador, crítico literário e pedagogo nascido na região de Boyacá (Colômbia), formado em estudos superiores em educação e Ciências Humanas, atuou na política, na diplomacia e na alta diretoria da UNESCO. Lançou-se ao desafio de formar mestres para os diversos ciclos de educação colombiana. Na sua obra educativa, foi catedrático decano e reitor em instituições de educação superior e de formação de mestres. Foi o primeiro decano-fundador da faculdade de ciências da educação da Universidade Nacional, sendo esta a primeira a se organizar estruturalmente no país.

⁴⁰ Papa Pío XI, *Encíclica divini illius magistri* (De la educación cristiana de la Juventud), 1929.

da criança e do povo e a necessidade de submetê-los a um conjunto de práticas que tinham como efeito sua *docilidade e obediência*⁴¹ (MACINTYRE, 1971.), tanto à lei religiosa quanto à lei biológica ou natural.

A suposta barbárie da infância e do povo colombiano se relaciona simbolicamente com o estado de pecado que o cristianismo institucional atribuiu à infância a partir dos postulados de Santo Agostino sobre a perversidade moral, ainda nos recém-nascidos⁴². Assim, estratégias elaboradas pelos especialistas modernos nacionais para redimi-los configuram uma continuidade com as artes cristãs de redenção. Especialistas em desvendar a lei eclesiástica/natural foram chamados para estruturarem as práticas que os regenerariam, com a única condição de serem obedecidos, tratando-se de um rebanho/povo tido como incapaz de decidir por si mesmo e, como consequência, que devia ser minuciosa e exaustivamente conduzido por outros: sacerdotes, mestres, médicos, psicólogos, higienistas e autoridades civis.

Neste sentido, nos discursos dos arguidores colombianos da degeneração da infância e da população pobre, é fácil encontrar a associação entre pecado, anormalidade e degenerescência. Na Colômbia deste período (1920-1936), os mecanismos pedagógicos, médicos e sociais reformistas se articularam à definição cristã de uma infância e de uma população pobre infantilizada, ou seja, termos como “perigosa”, “dócil” e “obediente” se alicerçaram nos conhecimentos sobre a raça junto à defesa do território⁴³.

A reflexão sobre estas variáveis foi intensa durante as quatro primeiras décadas do século XX e se manteve com menor força nas décadas posteriores. O ponto auge se encontra entre 1918 e 1920, anos de explosão de intensos e acirrados debates. Três eventos de discussão e produção de conhecimento, neste período, terminam nortando reformas no nível do Sistema Educativo e das Escolas Normais de Professores, assim como os mecanismos de organização social que seriam orquestrados pela medicina e executados pela educação.

Uma vez que se reconhece a pedagogia como responsável por indagar o modo como as doenças permeiam o processo de escolarização do indivíduo, é realizado o Primeiro Congresso Pedagógico Nacional, no ano de 1928, na cidade de Cartagena. Este se constitui no espaço institucional acadêmico de debate, que visibiliza as conexões entre as reformas instrucionais-

⁴¹ Como assinalado por Alasdair MacIntyre, a ética do cristianismo institucional é, acima de tudo, uma ética da obediência.

⁴² Saint Augustine, *op. cit.*

⁴³ Não apenas o progresso era impensável com um elemento humano debilitado, a mesma existência da nação, sua soberania, podia ser posta em dúvida graças a essa debilidade, como o demonstrava a separação de Panamá.

normalistas, o aperfeiçoamento da vida pela educação e a higiene, o progresso da Nação e as ciências pedagógicas — oscilante entre a pedagogia confessional oficial e os vestígios de uma pedagogia moderna experimental. Um evento voltado principalmente à educação de básica primária (primeiros anos da escolarização), no qual a pedagogia oficial católica possibilitou a enunciação das metáforas biologicistas-deficitárias sobre as reformas instrucionais-normalistas, mas apelando também por uma pedagogia científica moderna.

O Presidente do Congresso Pedagógico e Ex-Ministro de instrução pública, Antonio José Uribe, declarava:

Óbvio nos parece que os povos da América Latina não serão assento de uma civilização efetiva e duradoura com a única medida de trazer uma corrente sadia de imigração, com a importação de capitais, ou com o desenvolvimento das vias férreas, neste caso seria forçoso demais estimular incessantemente os poderes públicos e todas as forças vivas da Nação na tarefa da educação das massas. [...] Ante todo, que a instrução primária deve se simplificar a fim de difundi-la extensamente; que deverá atender a preparar as crianças para o exercício da cidadania, despertando e avivando neles o amor à Pátria. Deverá, deste mesmo modo, prepará-los para a agricultura, a indústria fabril e o comércio, e procurar que, com o ensino religioso e físico, se formem caracteres nobres e homens sadios e vigorosos. Nas escolas normais se formarão verdadeiros mestres práticos, mais pedagogos do que eruditos. (URIBE, 1919, 24, tradução nossa).

Um reformismo pragmatista e utilitário, que continuava a colocar cada criança no lugar que lhe correspondia de acordo com a organização de uma sociedade colonialmente capitalista. Como desdobramento das discussões do Congresso Pedagógico, e em grande parte dos trabalhos apresentados, os quais orbitavam assiduamente nos temas da educação física e da higiene, produziu-se, no dia 27 de março de 1919, o Decreto 664 sobre o Plano de estudos das Escolas normais de Colômbia, que traria as seguintes implicações na construção do currículo:

1. Na disciplina de *Pedagogia teórica* e em *História Natural e higiene*, os temas de fisiologia e higiene estariam distribuídos ao longo dos cinco anos de formação normalista.
2. No primeiro ano haveria *Fisiologia* na assinatura de História natural.
3. No quarto ano seria trabalhada a *Higiene* dentro da assinatura Pedagogia teórica.
4. No último ano de formação normalista na assinatura História natural se trabalharia, de forma ampla, questões, problemas e técnicas do *campo da higiene* como: Higiene geral; fome e sede. Depois disso, os sistemas no corpo humano, a higiene do sistema nervoso; os sentidos; climas; higiene das escolas; espaço escolar, sala de aulas, anexos da escola; mobiliário escolar; crescimento e desenvolvimento da criança;

higiene intelectual; a figura do médico escolar; doenças contagiosas e não contagiosas, entre outras.

Destarte, nota-se, no Plano de estudos das Escolas normais da Colômbia, como a progressiva constituição da higiene enquanto objeto de ensino na preparação normalista se conecta à discussão sobre a degeneração da raça, suscitando alguns efeitos na emergência da formação específica de maestros na educação de pessoas anormais.

O segundo evento foi o Terceiro Congresso Médico Nacional de 1918, realizado em Cartagena, um ano após a realização do Congresso Pedagógico Nacional. Foi um evento renomado e importante para o país, se considerarmos que os médicos tinham se posicionado progressivamente no lugar de direção social, lugar antes ocupado pelos letrados e gramáticos do final do século XIX. Deste modo, era um evento de autoridades do campo do saber e da ciência. O doutor Miguel Jiménez López apresentou o trabalho intitulado “Alguns signos de degeneração coletiva na Colômbia e nos países similares. O dever atual da ciência” (1920). Se apropriando seletivamente de conceitos de Morel, Lombroso, Broca e Spencer e apresentando uma recopilação e análise de múltiplas observações médicas, Jiménez buscou demonstrar que o lamentável estado higiênico, moral e intelectual da população pobre do país constitui uma clara amostra de um processo secular de degeneração racial iniciado nas épocas da conquista espanhola. Considerava que havia uma regressão nas suas capacidades vitais e produtivas, que constituiria uma degeneração em relação, e nos termos das raças europeias ocidentais, africanas e índias originárias.

E o terceiro evento, talvez o que teve efeitos de longa duração quanto à intensificação do olhar de desconfiança para o povo e para a infância colombianos, e a partir do qual foram implementadas diversas estratégias escolares e estatais civilizatórias nas décadas de vinte e trinta, foi o ciclo de conferências intitulado “*Los problemas de la raza en Colombia*”. Organizadas pela assembleia de estudantes⁴⁴ de medicina no Teatro Municipal da capital do

⁴⁴ As origens do movimento estudantil se localizam como tal na década de 20 do século XX, quando esta força social volta-se às questões relativas aos problemas do país, à situação da educação e à iminência de sua reforma. Algumas destas proposições tinham arraigado no movimento estudantil de Córdoba-Argentina e nas aspirações de autonomia universitária, ideais que permearam os estudantes de toda América Latina. Ainda, na Colômbia, os alcances do movimento nas primeiras décadas do século são restringidos, representam o embrião da expressão social de dito estamento. Ao se iniciar o período da *República Liberal*, o movimento estudantil e seu órgão de expressão a Federação de Estudantes, criada em 1929, desenvolveram ações que mostram sua presença no cenário educativo. No seio da federação, manifestaram-se múltiplos interesses políticos, os quais lutaram por imprimir seu ponto de vista no movimento estudantil; entre seus membros contava-se com a presença de conservadores, liberais

país no ano de 1920, as conferências foram posteriormente publicadas e amplamente divulgadas nas revistas médicas da época.

As deliberações do debate publicizaram um conjunto de conceitos e argumentos biológicos, criminológicos, médicos, eugênicos e pedagógicos em torno das representações da raça nacional como anormal e degenerada. Sem dúvida, o que atualizou o debate foi a forma como se buscou explicar o problema da violência, assim como o atraso social e econômico no país, propondo soluções a estes problemas, relacionando-os discursivamente à suposta infantilidade e paixões ingovernáveis da população pobre.

Se na primeira conferência pareceria que a degeneração era resultante da miscigenação, na sua segunda conferência, Jiménez López (1920) propôs a superioridade da raça branca sobre as de “cor”, que, na sua opinião, eram portadoras dos estigmas morfológicos e debilidade da vontade, própria de um estado de degeneração. Além dos fatores hereditários, para Jiménez López as causas principais da degeneração coletiva seriam o clima tropical do país, uma nutrição deficiente e práticas pedagógicas errôneas que “debilitam o corpo, cansam o cérebro e destroem a vontade” (op. cit. p. 33).

Nesta perspectiva, as conferências do psicólogo e sociólogo liberal Luis López de Mesa⁴⁵, que era ministro de educação nos anos trinta, manifestaram poucas discrepâncias com as proposições racistas de Jiménez López. Segundo ele, os baixos resultados nos testes de inteligência das crianças pobres, que evidenciavam os seus baixos níveis educativos, eram resultado de sua degeneração. López de Mesa acreditava que os pobres teriam uma inteligência “infantil” e, por isso, defendia ser insuficiente a reforma educativa para neutralizar os efeitos nocivos de sua herança. Em consequência, propunha a imigração enquanto “infusão de sangue fresca e vigorosa no [...] organismo social [colombiano]” (LÓPEZ DE MESA, 1920, p. 80, tradução nossa).

sem adjetivo, liberais de esquerda, marxistas sem partido ou independentes, uniristas (pertencentes à *Unión Nacional de Izquierda Revolucionaria*-UNIR) e comunistas.

⁴⁵Especializado em psiquiatria e psicologia na Universidade de Harvard. Eleito em 1917 vereador de Bogotá e, posteriormente, deputado da Assembleia e representante da Câmara. Entre 1912 e 1916, atuou como professor de história da medicina, de sociologia americana e de estética e história da arte na Universidad Nacional de Colombia. Sua tese sobre os fatores desencadeadores do desenvolvimento consistia em uma amálgama teórica entre raça, economia e “vontade criadora”. No ano de 1934, durante a administração de Alfonso López Pumarejo, foi nomeado ministro de Educação. Desde este cargo, impulsionou seu programa *Cultura Aldeana*, que recolhia a ideia de elevar o nível cultural do povo colombiano por meio da educação nas regiões rurais do país. Fonte: Biblioteca Banco da República de Colômbia.

Chama a atenção, neste ponto, o ressurgir e a revitalização da “teoria da degenerescência” de Morel [1809-1873], formulada no ano de 1840 como uma primeira tentativa de explicação global da loucura, ganhando adesão no solo da psiquiatria e da criminologia. A esse respeito, Kátia Bautheney (2011) nos conta que o autor elabora sua teoria pautando-se em uma “reflexão filosófica e médica”, sendo que, para ele, a psiquiatria deveria pautar-se em uma lei inerente ao processo de evolução e degeneração dos fenômenos. Desta maneira, o “desvio natural da espécie” – para seus predecessores Buffon [1707-1788] e Lamarck [1744-1829] –, é convertido por Morel em um “desvio insano da espécie”:

Para [Morel] uma transformação patológica que agisse no sistema nervoso teria o poder de corrompê-lo. Assim, formas distintas de degeneração levariam a diferentes tipos de loucura. As loucuras produzidas por intoxicação ou dependência alcoólica e toxicomania levariam a uma degeneração psíquica e moral; as hereditárias, a uma degeneração da inteligência em diferentes graus, desde um exagero no temperamento nervoso até a idiotia, imbecilidade e cretinismo. (BAUTHENEY, 2011, p. 70).

A noção de degeneração mental, com possibilidade de ser herdada pelos filhos dos sujeitos alienados, nos coloca em um ponto que permite a construção de uma das facetas fundamentais da psiquiatria na divulgação da importância de condutas e hábitos “corretos” e “normais”, capazes de prevenir os transtornos mentais. A prevenção da suposta degeneração psíquica, por meio de modificações nas condutas, forneceu o argumento teórico que sustentou o desenvolvimento de algumas ideias eugênicas e dos trabalhos de cunho profilático em prol de uma suposta higiene mental e social. Portanto, esta noção cria a tensão de alternativas terapêuticas, que punham até meados da década de 1930, uma linha, a “linha branda”, por meio da educação e da higiene; e uma “linha dura” por meio da eugenia, da imigração e da transfusão de sangue.⁴⁶ (HELG, 1989; CASTRO-GÓMEZ, 2008, 2009).

Como vemos, os eventos citados colocaram na mesa de debate e temáticas urgentes para o país e entrelaçaram ainda concepções e medidas a serem tomadas conjuntamente pelo campo da saúde e da educação. Desta maneira, enquanto terapêutica, a reforma educativa, que se desdobrou a partir do Primeiro Congresso Pedagógico Nacional, foi, posteriormente, compreendida como regeneração educacional e como corretivo das deficiências nacionais. Nesta trama enunciativa, a formação dos professores foi considerada vital para garantir a

⁴⁶ Ainda que esta segunda estratégia nunca seria aplicada no país com amplitude e sistematicidade (só até finais da década de 1930), esta estratégia continuava a aparecer nos discursos de médicos, políticos e intelectuais como mecanismo para civilizar e normalizar a vida do povo colombiano (CASTRO-GÓMEZ, 2004, 2007, 2009).

regeneração dos hábitos e costumes do povo-raça degenerada e dos indivíduos degenerados. E foram os médicos os responsáveis por chamar a atenção para este elemento:

Nossos adolescentes ingressam em qualquer aprendizagem especial “mal começados” desde os primeiros passos de sua educação, onde têm sido formados pelos meios absurdos da imitação inconsciente, da memória, da rotina e da recitação livresca; isto exerce sobre eles uma influência negativa que perdura nos estudos superiores e nas disciplinas profissionais, [como] na vida inteira. É assim como se fabrica entre nós desde muito cedo essa modalidade incompleta e moralmente mutilada de nossas coletividades. Há, como temos visto, um ponto fraco em nossa estrutura moral: o poder voluntário, e é este o que justamente se debilita e se anula mais com a mal-entendida formação dos primeiros anos. (JIMENEZ LÓPEZ, 1920, p. 56, tradução nossa).

Outros conferencistas liberais, Jorge Bejarano⁴⁷ — higienista — (Quinta e Sexta Conferência, 1920a, 1920b, 1940); Simón Araújo – mestre – (Sétima conferência), e Lucas Caballero (1920) –sociólogo e militar da Guerra dos Mil dias– (Oitava conferência), questionaram os pontos de vista de Jiménez López e introduziram um viés claramente partidário no debate, explicitando as causas políticas e institucionais dos problemas nacionais e da responsabilidade dos governos conservadores no atraso nacional.

Neste sentido, é possível também identificar como as linhas do debate pedagógico, e seus desdobramentos referentes à formação do docente, estiveram fundamentadas, por um lado, nas teorias pedagógicas da Escola Nova e, por outro, nos pressupostos da Pedagogia Católica, imperante desde princípios do século. Nelas estão contrapostos o protótipo de homem e de docente/mestre que a sociedade requeria, o modelo de homem cristão e o modelo de cidadão; este último assinalado pelas correntes conservadoras como materialista e ateu, mas que, na verdade, representa os intentos por elaborar um discurso pedagógico de corte civilista a partir das esferas oficiais.

De acordo com Helg (1989), o pensamento pessimista da degeneração da década de trinta era o “ da esperança no melhoramento do homem.” Esta foi a década das reformas

⁴⁷ Jorge Bejarano (1888-1966), médico cirurgião da Universidad Nacional de Colombia, foi vereador de Bogotá e representante da câmara em Cundinamarca como Ministro de Higiene. Diretor da Cruz Roja Nacional, foi vice-diretor da *Oficina Sanitaria Panamericana* de Washington e professor da Universidad Nacional de Colombia. Junto ao médico e político Miguel Jiménez López, teve uma intensa participação na vida pública do país durante a primeira metade do século XX, fomentando os debates sobre as estratégias relativas ao controle e ao aperfeiçoamento das forças de trabalho do indivíduo, dentre elas, as políticas de imigração como via para o melhoramento da raça — postura eugênica (Ver trabalho de 1940)—, assim como a implementação de mecanismos disciplinantes para superar os defeitos socioculturais de um povo passivo e atávico — postura socioeducativa (Ver trabalho de 1913)—.

educativas, das campanhas de higiene, da Comissão de Cultura de Aldeia (*Comisión de Cultura Aldeana*), uma estratégia criada no primeiro governo do Presidente López Pumarejo (1934-1938), a qual contou praticamente com a hegemonia liberal no legislativo, inspirada nas missões culturais da Espanha Republicana e da Revolução Mexicana e iniciada pelo Ministro de Educação em 1934. A campanha começou com um levantamento das possibilidades de desenvolvimento de cada estado do país, em particular sobre suas necessidades educativas. Neste programa, a escola seria o centro da ação governamental “tendente à melhora das condições de vida dos camponeses”. Portanto, o sacerdote, o médico e o prefeito ministrariam na escola comunal conferências aos alunos e aos adultos sobre religião, higiene, saúde, assim como instrução cívica, com o intuito de “desenvolver a vida da aldeia, tirar os camponeses de sua pobreza cultural e lhes oferecer a possibilidade de encontrar outras ocasiões culturais diferentes ao mercado e a missa” (HELG, 1987, p. 153).

Helg (1989) afirma ainda que a década de trinta foi uma década durante a qual a noção de raça **desapareceu** em favor da noção de povo, mas também foi uma década na qual, imperceptivelmente, a distância entre povo e as classes privilegiadas se aprofundaram, na medida em que o desenvolvimento e a modernização só beneficiaram os últimos. Destacamos o termo **desaparecer**, pois, diferentemente de Helg, consideramos que a noção de raça não desapareceu do imaginário da sociedade colombiana, ela foi apenas omitida e ocultada nos discursos que recriaram a nação. Ela ainda pulsa constantemente, no olhar do estado e em suas políticas para a população e permeia o tecido das relações sociais, o tipo de educação que se constrói e as abordagens que os especialistas realizam; ela se mantém ainda, fortemente, enraizada em discursos e práticas que se desprendem de um processo de colonização dos saberes na medicina, nas ciências humanas e pedagógicas.

Saenz, Saldarriaga e Ospina (1997), na detalhada descrição que fazem deste período (década de 1930), afirmam que foi o saber e as instituições médicas que primeiro reorientaram o olhar do professor para o aluno, direcionando-o não para o seus vícios e virtudes próprias da moral católica, mas em função de uma perspectiva igualmente dual: aquela que, a partir da nova concepção da “moral biológica”, devia detectar o lugar que ocupava cada aluno em relação a uma nova linha divisória, tão taxativa e tão visível, que tinha separado o pecador de quem não era. Além daquela que separava os alunos normais dos anormais, os degenerados daqueles que não o eram, os doentes dos sadios e os delinquentes dos acatadores da lei.

Igualmente, foram os médicos os primeiros a pedir a reforma das instituições educativas e a propor que estas deveriam identificar o aluno, aquele que apresentasse “claros indícios” de

debilidade e incapacidade física, moral e mental, não como um pecador voluntário, mas como um enfermo/degenerado. Um olhar que, ao ser desenvolvido, foi aplicado e treinado nas Escolas Normais⁴⁸ e dentro das escolas de primeiras letras, escolas primárias que derivam, na constituição, de escolas para anormais e instituições de reclusão para a criança considerada delinquente.

No período analisado, constituiu-se um docente para a infância escolar cuja prática estava articulada aos discursos que conjugavam a área médica e os preceitos da instituição religiosa, prática essa que reverberou por entre décadas e que, hoje, ainda exerce influencia na experiência dos nossos docentes. A aproximação nos revela que, à constituição da figura docente e sua relação com a higiene entre 1916 a 1946 na Colômbia, concentra os conhecimentos de um tipo de desenvolvimento da criança no nível físico, mental e moral, pertencente às concepções da biologia, da psicologia e da religião.

3.3. Os escolares “atrasados” e “anormais”

Retomando a questão da participação da pedagogia e da medicina na produção de desigualdades e violências ligadas aos preconceitos em relação aos pobres no espaço escolar, a

⁴⁸ As escolas normais e escolas de primeiras letras tentam se estabelecer em meio das tensões e lutas entre a Igreja e o Estado, entre o centro, os poderes locais e as guerras civis ao longo de todo o século XIX. Em 1821, é regulamentada a criação das primeiras escolas normais, quando a recém independente *Gran Colombia* se percebe povoada por um povo iletrado e inculto, depois das Guerras de Independência, para a qual as escolas de primeiras letras, um “novo” método e outro mestre/professor teriam um lugar central na produção do cidadão. As escolas de primeiras letras, além de ensinar a ler e escrever, ensinar as operações matemáticas e inculcar a religião, teriam também como tarefa a de produzir outra subjetividade. Entre 1821 e 1844, produziu-se uma espécie de equivalência entre as escolas de primeiras letras e as escolas normais o que significa que o mestre/professor se produziria pelo método de ensino mútuo e pelo Manual do Sistema de Ensino Mútuo (*Manual del Sistema de Enseñanza Mutua*) aplicado nas Escolas Primárias e oficializado desde 1826. O Poder Executivo foi encarregado da emissão de todas as regulamentações e manuais e apostilas que definiriam a prática pedagógica do mestre/professor. Neste esquema, a escola normal dedicou-se a difundir em qualquer canto da República o *método lancasteriano*, conhecido assim pelo seu idealizador, o inglês Joseph Lancaster, se apoiava para o seu funcionamento, no sistema de monitorias. Este método foi utilizado em América Latina, “nos primeiros tempos da República, para ajudar a remediar a escassez de professores. [Sendo que] os dirigentes latino-americanos confiavam nos benefícios deste método para lograr uma rápida generalização da instrução popular”. (ZULUAGA, 2001, p. 265). A escola normal e a escola de primeiras letras tinham o mesmo método, em que os professores formadores só se diferenciavam de um aluno ou monitor pelo conhecimento que tivesse do Manual. Normal, texto e método inventavam a nação colombiana, desde o sistema de instrução pública. Embora o primeiro grande problema identificado a partir do Manual, e que foi central para a história educativa colombiana, foi a extrema responsabilidade e com isto, a dificuldade evidenciada nas próprias crianças para conduzir o processo educativo das outras. O problema de uma espécie de “governança” das crianças foi resolvida a partir do saber pedagógico e não a partir da instrumentalidade do manual ou a partir da empírea do monitor. A criança se torna oficialmente objeto do saber pedagógico.

socióloga Miriam Rodrigues Breitman (1994) reflete a respeito das incorporações trazidas por estas áreas, partindo da ideia de raça e de degeneração, bem como seus desdobramentos na produção de novos preconceitos e violências epistêmicas. Neste sentido, à criança escolarizada, aquela que a partir da instauração da escola obrigatória se encontrava “protegida” das perversidades e dos perigos da rua, também foi reservada uma série de punições em relação a qualquer aspecto que não se enquadrasse no cânon de normalidade. Diante disso, questiona-se: De que maneira e por quais mecanismos isso acontecia? Foram alguns intelectuais das primeiras décadas do século XX, principalmente médicos, que, por meio de suas pesquisas de doutorado, falaram ao respeito.

Como exposto no tópico imediatamente anterior, foram os médicos, antes dos Professores, no início do século XX, que mobilizaram reflexões significativas abarcando a instrução pública e os saberes sociais. Dentre essas reflexões, destacavam-se: a incorporação sistemática do ensino da higiene nas escolas e na sociedade, os estudos científicos sobre os escolares, as novas perguntas sobre os métodos de ensino. Situação que terá efeitos sobre a configuração das ciências médico-pedagógicas na Colômbia.

Os médicos tomaram como objeto de intervenção os professores, os alunos, a pedagogia e as escolas do início do século XX, a partir da década de 1910. Nesta dinâmica de modificação do saber pedagógico na Colômbia, tendo como inspiração o modelo francês e norte-americano, alguns médicos promoveram, no Programa de Ciências Naturais e de Medicina da Universidade Nacional, estudos sobre educação de anormais e atrasados, graças as possibilidades de observação e acompanhamento que o espaço escolar propiciava. Assim, em 1914, o doutor Joaquín Villamizar Peña apresentou sua tese doutoral⁴⁹ no Programa de Medicina da Universidad Nacional de Colômbia, considerada um dos estudos mais destacados sobre atrasados no país. A partir dele, o doutor afirmava:

À família dos anormais pertencem os atrasados, grupo importante que cresce a cada dia em proporções alarmantes como crescem também as causas que o geram, e constitui o contingente de indivíduos perniciosos, cleptómanos, prostituídos ou criminais, para um futuro não muito distante. Se refere seu estudo, àquilo que é conhecido também como *a infância atrasada* e

⁴⁹As teses doutorais em Medicina e Cirurgia da Universidad Nacional, junto as da Universidad de Antioquia e os trabalhos publicados desde a *Revista de Higiene*, o *Boletín* e a *Revista Médica* sobre a grande família das anormalidades na escola, merecem um trabalho mais aprofundado. Porém, consideramos importante, neste capítulo e para efeitos desta pesquisa, realizar algumas alusões retomando os conceitos do orientador de tese, dos resumos, introduções e conclusões, pela importância que reveste na compreensão da argumentação histórico-pedagógica.

compreende todas aquelas crianças, que isoladas ou simultaneamente apresentam um retardo ou um estancamento no desenvolvimento corporal ou sensorial ou no seu psiquismo (VILLAMIZAR, 1914, p. 11, grifos nossos, tradução nossa).

Seguindo as etapas vitais próprias do “homem normal”, Villamizar afirmou que a cada uma delas “correspondia, uma série de transtornos evolutivos, que podiam afetar total ou parcial, transitória ou definitivamente ao indivíduo, [...] nas suas psiques como na parte moral, [e] sua parte orgânica”. (VILLAMIZAR, 1914, p.11, tradução nossa). E é neste vasto leque de transtornos que apareceram, no contexto colombiano, os **atrasados escolares**, hoje chamados de crianças com problemas no processo de escolarização.

Deste modo, dentro da categoria genérica de infância escolar, nos introduzimos no que hoje poderíamos categorizar como *infância transtornada*, *infância com transtornos*, *infância com problemas de aprendizagem*.

Temos consagrado a ela o presente estudo, [...] com o propósito [de] coadjuvar à propagação de ideias que entre nós terão de ser humanitárias, no sentido de procurar os meios adequados para que o ensino elementar não seja privilégio exclusivo **daqueles a quem a natureza pródiga dotou com aptidões suficientes**, mas sim que beneficie também **àqueles menos afortunados e quiçá mais numerosos**, que não chegaram a ultrapassar o último degrau que havia para conduzi-los à normalidade. (VILLAMIZAR, 1914, p.12, grifos nossos, tradução nossa).

Nas palavras postas na tese doutoral deste intelectual da época, sem dúvida transparece uma certa concepção de mundo e de homem. Transparece também sua identificação com uma classe social a partir da qual falava, elaborava e enxergava a realidade. Fundamentado nesta visão, muito conveniente para a perpetuação do estado de coisas e para a proteção de privilégios sociais, ele defendia não ser a organização social do sistema de capital a produtora das desigualdades em que o país se encontrava, e ainda se encontra hoje, era, na verdade, o capricho da natureza benévola e dadivosa com alguns e mesquinha e fustigadora com outros; outros que compuseram sempre, e ainda compõem, a grande maioria excluída.

Neste sentido, naquela época, ainda que houvera a promoção das possibilidades da educação para todo e qualquer tipo de criança, partia-se do princípio de que, primeiramente, a criança deveria ser reconhecida como desviada para depois se beneficiar da educação. Encontramos situação semelhante em minha pesquisa de mestrado realizada no Brasil, quando acompanhei a constituição de diagnósticos por meio da história de uma criança de oito anos diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Depois de rejeitada por diferentes instituições escolares, a solução apresentada à sua família pela instituição escolar

foi a de “formalizar” um laudo que respaldasse o diagnóstico e, com isto, passasse a pertencer ao programa de inclusão escolar. Porque, somente assim, ela passaria a ser considerada na sua singularidade e como objeto de um tipo de educação com real investimento pedagógico.

Voltando ao Dr. Villamizar, este, partindo das estatísticas apresentadas por seu orientador de tese, o também médico José María Montoya⁵⁰, nas quais se indicava que **40%** das crianças das escolas públicas apresentavam lesões de diversa ordem, correspondentes a um atraso manifesto — epidemia ao meu ver —, se debruçou sobre a história do estudo dos atrasados, suas definições e diferenciação em relação a outras anormalidades, as causas (herança-meio) do atraso escolar, a etiologia, o diagnóstico e prognóstico, bem como as deficiências do sistema de instrução e do ensino. Seus apontamentos se direcionaram de modo a oferecer possibilidades para que os considerados atrasados escolares pudessem ser beneficiados em seu processo de escolarização. Para tal fim, foram propostas mudanças no sistema de castigos e práticas violentas, ressaltada **a importância da colaboração médico pedagógica** na seleção, cuidados e tratamentos dos atrasados, além de recomendações sobre a criação de espaços escolares para este público e cuidados higiênicos direcionados aos pais e demais alunos na tentativa de prevenir o atraso.

O que significa que a reforma educativa é também entre nós uma necessidade imperiosa, uma obra redentora a cuja realização devemos propender se é a qual aspiramos a nos libertar algum dia do flagelo que nos aniquila: a degeneração e a ignorância (VILLAMIZAR, 1914, p.13, tradução nossa).

Em 1923 é defendida e publicada outra tese nesta mesma perspectiva: *Anormalidades mentales en los escolares bogotanos*, de Joaquin Fajardo Escobar, produto de uma pesquisa realizada com 1.006 alunos das Escolas Municipais da capital. Seguem algumas das suas conclusões:

O déficit mental das escolas de Bogotá é superior à alarmante cifra de 10%. Tal déficit não indica degeneração na metade dos casos. É produzido pela fome e suscetível de cura. Na outra metade dos casos, se identifica degeneração. Os 50% destes degenerados sofre de abulia sistematizada e constitui um terreno propício para todas as neuroses. Os 50% restante são verdadeiros *fracos mentais*. **Degenerados que vão do idiota ao normal.** (FAJARDO, 1923, p. 38, grifos nossos, tradução nossa).

⁵⁰ Professor da Universidade Nacional, formado na Universidade de Harvard, especialista em ortopedia e cirurgia infantil.

Ao segundo grupo foi indicada uma terapêutica sintomática, compensando os efeitos da abulia⁵¹, “excitando a deprimida vontade” (FAJARDO, 1923, p. 28) e utilizando métodos pedagógicos ancorados nos aportes epistêmicos da psicologia. Tarefa que seria desenvolvida pelo mestre/professor. Adotando a tendência classificatória das categorias nosográficas norte-americanas e europeias ocidentais, tais diagnósticos não explicavam as causas, apenas definiam o que o sujeito tinha em relação aos sintomas e, assim, o insucesso escolar era tido apenas como uma doença psíquica.

Destacando o nível de apropriação das matrizes eurocêntricas, o orientador desta tese, o Doutor Carlos Esguerra, se pronunciou da seguinte maneira:

um labor digno de louvor por se apoiar na avaliação de 1.006 alunos das Escolas Municipais da capital, pela clareza da exposição e pelo alcance patriótico e de **alto interesse prático para a defesa da raça** a que levam as cinco conclusões [...] O senhor Fajardo utilizou os três métodos de avaliação que na Europa e Norte-América são usados para esta classe de pesquisas: o pedagógico, que estima o conhecimento do aluno em relação com a idade [...]; o médico, que avalia o estado fisiológico ou patológico dos diversos órgãos e aparatos, e o psicológico, o qual, por diversas provas psíquicas, chega a medir aproximadamente o desenvolvimento mental e moral do indivíduo. A avaliação destes milhares de alunos revela que o atraso escolar entre nós se deve, em torno de um 50%, não à lesões orgânicas, mas sim, unicamente, à insuficiência da alimentação, causa facilmente remediável com os restaurantes escolares [...] (FAJARDO, 1923, p. 7, tradução nossa).

Contribuindo com o trabalho do seu aluno, Esguerra, além de legitimar a categoria dos atrasados escolares e sua origem orgânica associada à degenerescência da raça, destacou os distintos tipos de atrasados e as respectivas curas e tratamentos, entre as quais se contemplava a preparação dos mestres.

Os atrasados escolares, por terem entrado muito tarde na escola ou por imperfeições da visão e do ouvido, sumiriam também muito facilmente se os Mestres, ajudados pelos médicos escolares, lhes prestassem maior atenção. Os outros atrasados escolares **por incapacidade mental de causa orgânica e constitucional, verdadeira degeneração da raça**, precisam sim de escolas especiais, onde mestres formados com esse objetivo desenvolvem e **canalizam convenientemente as escassas faculdades de seus discípulos**. Para diminuir o número desses atrasados incuráveis, é necessário lutar com

⁵¹ A abulia foi considerada originalmente e é até hoje como um transtorno da vontade. Em psiquiatria é considerada como uma alteração patológica da vontade, que se caracteriza por uma ausência total ou parcial da mesma, e que se expressa na incapacidade para tomar decisões e executá-las. Na prática educativa, este termo tende a ser aplicado a certos estados transitórios de inadaptação da criança, como estados de indecisão, inércia, preguiça, etc. (BERRIOS G.E; GILI M., 1995).

afinco contra o alcoolismo e a sífilis, causas universais de degeneração da espécie humana (FAJARDO, 1923, 7-8, tradução nossa).

A estes trabalhos viria se somar o de Senén Suárez Calderón, realizado no ano de 1926. Suárez Calderón, que antes de se formar como médico tinha sido professor durante vários anos, realizou sua pesquisa doutoral utilizando a biometria e a antropometria com o intuito de aportar, na definição do homem médio, o biótipo humano normal. Neste ponto, importa lembrar que, na possibilidade de que a degeneração mental pudesse ser passada de pais alienados para filhos, foi determinante a estruturação e divulgação no âmbito da psiquiatria do que seriam hábitos “corretos” e “normais”, capazes de prevenir os transtornos mentais. Desta maneira, a definição de diversas formas de desvio em crianças esteve especialmente medida e referenciada sobre o protótipo de *criança normal*.

A naturalização e cientificidade da “normalidade da vida” constitui-se o fundamento diferenciador das anormalidades na escola. O conhecimento da normalidade se tornava imperante para reconhecer, em um mesmo gesto, a anormalidade, ou seja, o reconhecimento de uma condição ratificava, por efeito, a existência da outra.

O anormal, então, no critério de Suárez Calderón (1926, p. 12), seria: “o que está fora da regra ordinária. Dentro de esta categoria podem entrar todos os estados patológicos do ser humano, sejam transitórios ou permanentes, locais ou gerais.” Esta definição está alinhada a uma definição de anormalidade que encontramos em Binet. Vejamos:

Os anormais são um grupo heterogêneo de crianças, seu traço comum, que é de caráter negativo, é que pela sua organização física e intelectual esses sujeitos tornam-se incapazes de desfrutar dos métodos comuns de ensino e educação que são usados nas escolas públicas. Os tipos mais comuns são constituídos pelos surdos-mudos, os cegos, os epiléticos, os idiotas, os imbecis, os débeis, os instáveis, etc. (BINET, 1907, apud BAUTHENEY, p. 24)

Crianças estas consideradas inteligentes, mas não o suficiente para darem conta de uma escolarização normal.

O estudo de Suárez Calderón deriva de um decreto que implanta o Serviço Médico Escolar, a partir da qual se indica a necessidade de construir “a estatística de anormais e a abertura de um livro onde sejam registradas as observações de crianças que apresentem sinais de degeneração.” (SUÁREZ CALDERÓN, 1926, p. 9). Ao mesmo tempo, o Doutor Suárez pretendia criar uma espécie de manual ou roteiro que auxiliaria o médico escolar e o educador na identificação do perfil do anormal, da “complicada silhueta do anormal”:

Acreditamos que o mestre moderno pode aproveitar este esboço. Aqui ele encontrará, de acordo com os atuais momentos da orientação educativa, uma guia que lhe ajude a desenvolver seu nobre labor com base na razão. [...] A criminalidade e a loucura devem ser previstas desde a escola. [...] A experiência e a prudência aconselham corrigir e endireitar na primeira idade, antes que a maturidade e o tempo fragilizem e apaguem as poucas aptidões que possam se encontrar na criança anormal. Eis que corresponde ao lar, o princípio desta tarefa de previsão: mas como quase nada pode se esperar dele, a carga pesa toda sobre a escola, e, por conseguinte, sobre os governos. (SUÁREZ CALDERÓN, 1926, p. 9-10, tradução nossa).

O “problema” se esboça, em termos sociais e biológicos, tanto de moral católica como de economia e política, contra a decadência, a degeneração e a estagnação da “raça colombiana”. Não existe tal interesse puramente científico-humanista ilustrado, muito pelo contrário, persiste, de maneiras diferentes, uma preocupação pela manutenção da “ordem social”, que se constitui em argumento para a fabricação de mecanismos locais de regulação e produção de sujeitos e populações, correspondentes a uma organização macroeconômica e macrossocial. Suárez, como a maior parte dos defensores das classificações patológicas da infância, tinha por ponto de partida para seu estudo sobre a anormalidade na escola a inexistência de um absoluto normal, pois afirmava que nada era tão difícil como determinar o *tipo normal*, porque é um conceito elástico, de valor estritamente relativo, subjetivo.

Porém, ainda que normal e anormal sejam caras de uma mesma moeda, a delimitação da anormalidade não é tão simples quanto parece. A relatividade constitutiva do fictício *tipo ideal* ou *normal* permeia estruturalmente as definições do *tipo anormal* ou *real*. Esta questão também não se resolvia com uma explicação etiológica interna, centrada no sujeito, e menos ainda poderia pretender instalar as explicações em referentes estáticos e absolutos.

Isto demonstra uma contradição interna, não só no pensamento de Senén Suárez, mas também na origem da conceitualização dos transtornos mentais. Podemos encontrar também estas contradições na história dos serviços de saúde escolar no Brasil. A exemplo, Bautheney (2011) que aborda na sua tese de doutorado o tema da psiquiatrização da educação a partir da análise de um serviço de saúde escolar, anexo ao Hospital de Juqueri na região metropolitana de São Paulo, apresenta algumas análises nesta direção. Assim, a autora apresenta as tensões surgidas da conceitualização dos transtornos mentais, da justaposição da normalidade e a anormalidade, além da elevação da figura do alienista para a de psiquiatra. Para o contexto brasileiro analisado por Bautheney, bem como para o colombiano, no período que aqui apresentamos, tais tensões encontram-se permeadas pelas diferentes tendências teóricas e práticas em psiquiatria, a partir das dimensões orgânicas e psíquicas, que às vezes se distanciam,

mas sempre são permeáveis determinando a normalidade. No caso colombiano, vemos como a urgência na delimitação da normalidade ou anormalidade aparece inclusive, nos jornais, nas revistas e nos requerimentos dos pais e dos professores do nosso tempo. A premissa continua a ser: “É preciso uma detecção e uma intervenção rápida que possa evitar um agravamento do quadro.”

Encontramos em Suárez uma tentativa de elucidar a questão da anormalidade como aparece no trecho a seguir:

Para determinar a anormalidade, não se toma como ponto de referência a saúde, mas sim a questão social. Se estuda a criança a partir da **aptidão orgânica ou funcional que deve ter normalmente, para se adaptar ao meio** em que vive. As grandes deficiências para realizar o que a maioria alcança em assuntos de educação, artes, profissões, ciências, hábitos e costumes, nos darão um ser **estranho, anormal**, desde um ou vários destes pontos de vista. Daí se desprende uma gama completa de estados anormais, que inicia nos casos mais graves, e decresce, terminando nos menos desviados **do tipo perfeito** (SUÁREZ CALDERÓN, 1926, p. 13, tradução nossa).

Como vemos, aptidão orgânica ou funcional parece um termo caro aos currículos desde tempos antigos e que, com o passar do tempo, adquiriu maior importância pela sua relação com as formas produtivas capitalistas.

Suárez Calderón é a expressão dos intelectuais e cientistas da época e, como os médicos de sua época, continuava a seguir o método anatomoclínico, que era o modelo hegemônico na Colômbia durante a primeira metade do século XX (QUEVEDO, 2012).

De suas proposições surgem quatro grupos classificatórios: O de anormais somáticos, cujas características era a irregularidades na pele, o esqueleto, o tubo digestivo, o tecido adiposo, as glândulas mamárias, o aparato gênito-urinário, a puberdade precoce, o sistema muscular, o sistema nervoso e a transposição de vísceras; Os Anormais psíquicos, por sua vez, divididos em *simples* e *complexos*; os primeiros subdivididos em *anormais por irregularidades das faculdades superiores* (amnesia, timidez, mania, etc.) e pelas *faculdades inferiores* (do movimento, sensibilidade afetiva, etc.); o terceiro grupo o de Anormais somato-psíquicos: idiotia, cretinismo e hidrocefalia; e, o quarto e último, os *degenerados*, classificados em razão de estigmas morais, estigmas físicos e outros estigmas de degeneração.

Neste novo ordenamento do espaço escolar como espaço clínico, o médico escolar tinha como tarefa a delimitar da anormalidade a partir de um ponto de vista etiológico e terapêutico. Contudo, a seleção dos anormais e degenerados deveria se iniciar no lar e abarcaria a escola, onde se implementaria a avaliação médica, psicológica e pedagógica. Segundo as indicações, a avaliação médica seria realizada especialmente por um profissional formado em medicina, a

psicológica seria realizada pelo psicólogo, mas auxiliado pelo professor, por ser este o responsável por **observar** constantemente o aluno. Havia também a ajuda de registros pormenorizados dos seus alunos e de todos os incidentes, variações, e desvios em relação aos padrões e escalas de crescimento da criança.

Um critério justo e prudente do desempenho da criança se obtém de acordo à idade, temperamento, médio social, organização escolar, métodos e procedimentos de ensino, [o que será] o termómetro de comparação ou a balança à qual será submetido o examinado [...] (SUÁREZ CALDERÓN, 1926, 45-46, tradução nossa).

O minucioso acompanhamento destas teses nos permite verificar, a partir da experiência concreta destes médicos, a forma como começa a se articular sobre a criança um arcabouço conceitual que a patologiza e a reduz na sua singularidade. Em linhas gerais, a infância como categoria, a partir da década de trinta, será subdividida em três grandes categorias sociais: os normais, os anormais e os delinquentes. A dos anormais será ainda mais fragmentada na forma de categorias nosográficas e nosológicas.

Além da isenção das deficiências orgânicas, o protótipo de criança normal se definia também a partir da constituição da família, que devia contar com pai e mãe legítimos, e das atividades da criança, que exigiam seu afastamento das ruas e sua pertença à instituição escolar (VASCO, 1934). Fora da órbita destas características **básicas**, as crianças seriam reféns da matriz de segregação organizada mediante a triada: estética — raça, cor, traços crânio-encefálicos; condição etária — idade da irracionalidade, a impulsividade e idiotia; e morfologia — cataclismo fisiológico —. Deste modo, foram propostas tipologias sobre os anormais, que, em maior ou menor grau, eram ratificadas pelos expertos.

A difusão dos saberes médicos e psicológicos influenciou a prática pedagógica durante boa parte do século XX e os seus vestígios se fazem presentes na compreensão e direcionamento da aprendizagem das crianças e da escolarização de nossos dias.

O professor construiu seu olhar sobre o comportamento, o desenvolvimento e a aprendizagem basilar em fontes biologicistas, que são reforçadas o tempo todo pela cruzada higienista da época. No corolário higienista se começa a consolidar a ideia de que inteligência da criança e possibilidades de sua aprendizagem faziam parte de seu corpo biológico, “logo olhada como algo biológico” e, deste modo, “abstrata, genérica e biológica” (MOYSÉS, 2001, p. 177).

Transformada em elemento constituinte de um corpo biológico, um corpo a ser silenciado para que a clínica possa debruçar seu olhar sobre ele, também a aprendizagem —e principalmente, a não-aprendizagem— será tomada, em

processo de abstração, por corpo biológico a ser silenciado, para que o olhar clínico possa se efetivar com toda sua racionalidade e objetividade (MOYSÉS, 2001, p. 177).

Nesse patamar de entendimento, toda e qualquer dificuldade encontrada no processo de alfabetização e de escolarização continha suas explicações no campo restrito da biologia. Por tal razão, as intervenções eram direcionadas à matéria física do corpo, onde, acreditava-se, eram geradas essas dificuldades, que se apresentavam como inflexões em relação à normalidade. Assim, para problemas biológicos, soluções biológicas.

Desenvolvimento e inteligência, assim como as capacidades e funções, adquirem a possibilidade de serem mensuradas. Deste modo, uma série de esforços conceituais e metodológicos são desenvolvidos e postos por meio de uma razão psicométrica, em prol da mensuração, individualização, classificação e distinção das crianças.

Aprendizagem, comportamento, inteligência são apenas exemplos de questões que são incorporadas ao pensamento e atuação médicos, sendo quase impossível delimitá-los, isolá-los, saber o espaço de cada um nesse processo de transformação biológica que sofrem. Junto a essas categorias, quase que com o objetivo de articulá-las, surgem as aptidões, a expressão mais inequívoca do ideário de determinismo genético das condições de vida e do acesso a bens materiais e não-materiais produzidos pela sociedade. (MOYSÉS, 2001, p.177).

Diferentes modos de avaliação da inteligência e do desenvolvimento entram neste cenário, entre elas as escalas de inteligência desenvolvidas por Binet e Simon. Desde a criação das mesmas, uns dos maiores problemas apresentados por estes instrumentos de avaliação, como assinala Arias (2001, p. 252, tradução nossa), é a de “supor que nenhuma qualidade psíquica e em particular, a intelectual, possui uma natureza fixa e imutável, [desconhecer] que elas são produto do tempo e a estimulação das estruturas internas em processo de formação e, portanto, sua natureza é variável”.

No caso da escala de Binet, reconhecendo o seu interesse na compreensão **do como** se apresentam as dificuldades, além de suas falhas metodológicas, sua deficiência maior se refere, talvez, como assinala Arias (2001, p. 238), a “ver os elementos integrantes do fato e descrevê-los, mas [por fora] de um sistema interconectado [...] e explicativo” (ARIAS, 2001, p. 236, tradução nossa).

Os esquemas avaliativos (ou pelos menos a maioria deles) tiveram aqui importante influência no que diz respeito ao determinismo e individualização do olhar, que nega questões sociais e culturais da aprendizagem e da criança.

No contexto histórico analisado, vemos como o aluno vem a responder não só aos regimentos de uma ciência nascente, a psicologia, que prezava por garantir a educação das diversas categorias da população infantil, distinguindo os que podiam desenvolver uma certa intelectualidade daqueles para quem se criavam serviços escolares profissionalizantes ou especiais.

Esta classificação pretendeu demonstrar a importância de estabelecer, ou diagnosticar, as condições em que se encontravam as crianças colombianas, apontando a recorrente hipótese da existência de uma relação direta entre anormalidade e delinquência — aspecto especialmente desenvolvido a partir da década de vinte com a criminologia de Cesar Lombroso—, assim como a introdução de novas explicações nas quais a anormalidade também era associada às condições ambientais, especificamente aquelas relacionadas às condições climáticas e à permanência entre os rudimentos das áreas rurais. Tais argumentos ratificam que as categorias aplicadas a partir da estratificação colonial se vinculam também ao ideário determinista e racista de lugar de origem e de pertença do sujeito (QUIJANO, 2005). O posicionamento dos discursos sobre a degeneração da raça promoveu o labor de identificação da anormalidade como prioridade de médicos, psiquiatras e professores, pois a ameaça de um crescimento incontrolado de gerações decadentes e desadaptadas poderia significar um obstáculo de enormes proporções para as pretensões de modernização do povo colombiano.

Desde as diferentes formas de classificação, passando pela ortofrenia, a pedagogia “emendativa⁵²”, a renovação das categorias diagnósticas, as terapias cognitivas comportamentais e até as terapias medicamentosas de hoje, encontramos novas formas de relação entre a escola e a saúde, que tentam lidar historicamente com a infância ou as infâncias, utilizando práticas que resultam em violências de diferente índole e que, portanto, acabam gerando uma série de alteridades a partir do déficit e da deficiência, reduzindo, assim, a infância à categorias fechadas que a patologizam.

Segundo Dussel (2000), uma das características da modernidade é que o bárbaro tem uma “culpa” (sua oposição ao processo civilizador) que permite à “modernidade” e ao “moderno” se apresentar como “inocente” e “emancipador” respeito da “culpa” de suas próprias vítimas. Nessa lógica, devido ao fato de que “o bárbaro” se encontrava em oposição ao processo

⁵² Parte da psicologia que se ocupa do sujeito afetivo da deficiência mental congênita ou adquirida e estuda o método didático apropriado para a educação destes (MONARCHA, 2010, p. 1 apud BAUTHENEY, 2011, p. 95)

emancipador, a práxis moderna deveria exercer, se necessário, o uso de variadas formas de violência para destruir os obstáculos de tal modernização.

A análise de Dussel se refere particularmente à guerra, contudo, podemos assumir seu raciocínio para nos referir à vulnerabilidade da própria da criança, a quem a tendência classificatória torna biológica, mental, cultural e socialmente incapaz, totalmente suscetível de novas formas de violência. Uma violência que se mascara nas classificações científicas do DSM, do CID10, dos processos intermináveis de terapia e nos usos de medicação. A infância deturpada, a dos distúrbios, que contém a criança disléxica, hiperativa, desatenta ou opositora desafiante continua a ter, de certa maneira, a mesma condição da infância da criança sobre quem se levantava toda sorte de suspeitas no olhar do mestre/professor e do médico escolar do renovado higienismo do século XIX e, mais tarde, como vimos, na escola dual para normais e anormais. Desvendando ainda o impacto das sofisticções da modernidade nas populações historicamente fragilizadas, Dussel assevera que tal corrente:

ao negar a inocência da “Modernidade” e ao afirmar a Alteridade do “Outro”, negado antes como vítima culpada, permite “descobrir” pela primeira vez a “outra-cara” oculta e essencial à “Modernidade”: o mundo periférico colonial, o índio sacrificado, o negro escravizado, a mulher oprimida, a criança e a cultura popular alienadas, etc. (as “vítimas” da “Modernidade”) como vítimas de um ato irracional (como contradição do ideal racional da mesma Modernidade). (DUSSEL, 2000 p.49, tradução nossa).

O percurso histórico trilhado, nesta seção, com o objetivo de rastrear a incorporação de justificativas ao fracasso escolar de crianças, consequências de problemas psicológicos, biológicos e/ou neuropsicológicos, permitiu identificar aspectos determinantes higienistas, religiosos, políticos e culturais, que atravessaram a constituição do professor e da infância escolar desde finais do século XIX até metade do século XX. O foco das análises centrou-se em dois períodos particularmente: o primeiro, de 1920 a 1936, caracterizado pelos discursos e práticas associadas com a degeneração orgânica da criança (TORRES, 1936; VASCO, 1936). O segundo, de 1936 a 1968, caracterizado pelas contradições que vão acontecendo, produto, por um lado, da introdução da ideia de degeneração sociocultural em meio ao imperativo de progresso da nação colombiana, o qual, somado aos direitos sociais e civis da criança, articularam novas concepções sobre as infâncias e concepções sobre elas e seus processos de desenvolvimento e escolarização.

Neste sentido, houve um processo que incorporou e facilitou a introdução de estratégias de controle da força de trabalho mediante dois mecanismos: de um lado, os discursos de desqualificação, infantilização e subordinação da população e do outro, mecanismos de

intervenção medicalizante, sendo estes de natureza psychologizante, pedagogizante e criminalizante.

No primeiro — os discursos de desqualificação —, se destacam discursos de especialistas e autoridades políticas nos quais, em termos gerais, a população colombiana é considerada um povo atávico, ignorante, inferior, com grandes taras (com grandes problemas genéticos) genéticas e culturais, mas com o mandato urgente de se incorporar ao mercado mundial, indo ao encontro dos imperativos de progresso e desenvolvimento — perspectivas que tiveram maior desdobramento a partir dos anos cinquenta — (DÍAZ, 2008).

No segundo — mecanismos de intervenção medicalizantes —, a análise dos registros permite considerar que tais mecanismos foram orientados à família, ao mestre/professor e à criança, sustentados sobre um ideário racial que incorpora aspectos cronológicos (idade ou etapa do desenvolvimento) e de anormalidade — a partir do estabelecimento de hierarquias orgânicas, cognitivas e morais, dentro das que se contempla a delinquência—.

Estes discursos muitas vezes são proferidos por figuras proeminentes da política e da ciência do país e carregam elementos fortes quanto ao peso que depositam na degeneração racial da população. Parece haver uma férrea crença na incapacidade da população produzida pelos “déficits culturais e ambientais herdados”, robustecidos no cepticismo dos enunciados produzidos pelos especialistas nas conferências e revistas da época. Cepticismo que, além de aprofundar a diferença colonial, se ancorou no correlato sobre a naturalização de uma condena irremediável ao fracasso.

A partir desses apontamentos iniciais, pudemos apresentar alguns dos imperativos sociais, históricos, econômicos e político ideológicos que forjam a relação saúde e educação no contexto colombiano. Estas concepções contribuíram fortemente para produção de concepções sobre normal/anormal na criança em idade escolar. Muitas dessas concepções constituem o fazer e o saber docente atualmente quando encontramos, no interior das escolas, práticas recorrentes que tendem a classificar e encaminhar crianças que supostamente não aprendem e não se comportam adequadamente ao olhar pedagógico, para áreas diferentes do âmbito pedagógico — a da saúde, por exemplo —, mas que trazem como mote a proteção e o cuidado da infância.

4. MARCOS POLÍTICOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA

Para que possamos realizar uma análise em consonância com os pressupostos metodológicos adotados nesse estudo, faz-se necessário iniciarmos pelas considerações acerca de alguns aspectos da estrutura e do funcionamento da política, tanto na saúde quanto na educação, que atravessam, enquadram e determinam o funcionamento da Instituição de Saúde e, portanto, o modelo de atendimento em saúde que analisamos.

4.1. Sobre a Política de Saúde na Colômbia

Na década de 1980, antes da consolidação da Carta Constitucional de 1991, a saúde ainda era considerada como direito de cidadania por vários países da América Latina. Em 1987, o Banco Mundial (BM) publicou o documento Financiamento dos Serviços de Saúde nos Países em desenvolvimento, uma Agenda para a Reforma (BM, 1987). Nele, o BM apontava o descompasso dos governos na concretização da universalização da saúde em relação aos baixos ingressos fiscais e à necessidade de implementação de uma reforma no sistema para superação da crise. Assim sendo, a dificuldade dos governos em aumentar o gasto público com o setor se constituiria no argumento mais forte e, por consequência, justificaria a reforma. Outros pontos também eram considerados críticos pelo BM, entre eles a inadequação na utilização de serviços básicos, a baixa qualidade na prestação de serviços e a desigualdade no acesso.

Entretanto, a reforma como caminho para superação da suposta crise exigiria: participação de empresas seguradoras na administração dos recursos e dos riscos em saúde, expansão da prestação privada de serviços, participação financeira dos cidadãos segundo a capacidade de pagamento de cada um e adoção de pacotes básicos de benefícios focalizando, principalmente, os pobres.

Neste marco, e durante o governo de Cesar Gaviria Trujillo, de 1990 a 1994), a construção de argumentos que embasou a crise conjugou-se com uma ampla campanha de desprestígio das instituições públicas. Destarte, contando com o auge das políticas neoliberais como pano de fundo, a Colômbia acolheu radicalmente as recomendações e diretrizes das agências internacionais, tornando-se um caso ilustrativo das reformas da saúde inspiradas nas ideias neoliberais.

Por outro lado, um leque de acontecimentos desencadeou um processo de desmobilização de vários grupos guerrilheiros, em especial do M-19. E, assim, numa nova tentativa de incorporação deles à vida civil, as forças políticas tradicionais impulsionaram a

realização de uma Assembleia Nacional Constituinte⁵³, que culminou com a nova Carta Constitucional Política da Colômbia em 1991 (COLÔMBIA, 1991).

Frente a isto, a Carta Maior traz em seu texto, no artigo 48, orientações e diretrizes para o Sistema de Seguridade Social, que contempla, também, a área da saúde; discorrendo sobre a aposentadoria; e ainda sobre a saúde do trabalhador:

[...] A Seguridade Social é um serviço público obrigatório que será prestado sob a direção, coordenação e controle do Estado, sujeito aos princípios de eficiência, universalidade e solidariedade, nos termos estabelecidos pela Lei. Todos os habitantes têm garantia de direito inalienável à Seguridade Social. O Estado, com a participação dos particulares⁵⁴, ampliará progressivamente a cobertura da Seguridade Social que comportará a prestação de serviços na forma determinada pela Lei. A Seguridade Social poderá ser prestada por entidades públicas ou privadas, nos termos da lei. Não poderão ser destinados nem utilizados os recursos das instituições da Seguridade Social para outros propósitos. A lei definirá os meios para que os recursos destinados às aposentadorias mantenham seu poder de compra constante (COLÔMBIA, 1991, tradução nossa).

No artigo 49, (COLÔMBIA, 1991), a concepção da saúde não só muda, como traz a identidade e os slogans empresariais próprios das políticas liberais e do neoliberalismo, que já tocava apressadamente as portas da América Latina. Nesse sentido, a concepção de saúde, antes considerada como *direito*, será anunciada como serviço, um serviço que, por sua vez, deverá ser cumpridor do imperativo de *eficiência*, sendo que o Estado atuará como mediador para o acesso a ele, concedendo participação de todos os setores da sociedade, inclusive, da empresa privada, vejamos:

Garante-se a todas as pessoas o acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Cabe ao Estado organizar, dirigir e regulamentar a prestação de serviços de saúde aos habitantes bem como o saneamento ambiental de acordo com os princípios de *eficiência*, universalidade e solidariedade. Além disso, [cabe ao Estado] estabelecer políticas para a prestação de serviços de saúde por entidades **privadas** e exercer sua vigilância e controle. Da mesma forma, estabelecer as incumbências da Nação, das entidades territoriais e particulares [...] bem como determinar as contribuições sôb sua responsabilidade nos termos e condições indicados na lei. Os serviços de saúde serão organizados de maneira descentralizada, por níveis de atendimento e com participação da comunidade. **Toda pessoa tem o dever de**

⁵³ Assembleia Nacional Constituinte. Participaram da Assembleia representantes dos grupos armados recentemente desmobilizados (M-19, Quintín Lame, PRT e EPL), delegados das denominadas “minorías étnicas”; afrodescendentes e indígenas, mulheres, sindicatos, ambientalistas, partidos políticos, movimento pedagógico, movimento comunitario, etc.

⁵⁴ Entenda-se empresa privada.

procurar o cuidado integral de sua saúde e a de sua comunidade
(COLÔMBIA, 1991, tradução nossa, grifos nossos).

As chefias de instituições protagonistas da sociedade civil e da sociedade política, no caso colombiano, estiveram lideradas por agentes formados na área da economia, orientando a análise dos problemas da saúde e previdência, como também suas soluções em termos econômicos, indicando uma ideologia claramente neoliberal. Assim, os economistas do país atuaram como emissários do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político (GRAMSCI, 1977), fazendo com que, no ano de 1993, o Projeto de Reforma fosse aprovado contemplando a re-estruturação no sistema previdenciário e de saúde.

Surge, deste modo, a Lei nº 100/1993 (COLÔMBIA, 1993; HERNÁNDEZ, 2002), que transformou o Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁵⁵ em Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS), e que implicou mudanças no papel do Estado que, por sua vez, delegou funções da atenção à saúde ao setor privado mediante ações regulatórias e contratuais.

O modelo de Seguridade Social e, dentro dele, o Sistema de Saúde implantado em 1993, preservou a lógica do mercado que resguardou os princípios de concorrência e “livre escolha do usuário”, os mecanismos de regulação, uma pretensa solidariedade financeira entre ricos e pobres e a redefinição das funções do Estado. Um modelo com complexos mecanismos de regulação e que oculta profundos problemas até hoje não totalmente resolvido, que é a ideia da saúde como um serviço de consumo individual que pode se universalizar pela via do mercado (HERNÁNDEZ, 2002; LE BONNIEC, 2002).

Partindo do princípio da separação entre serviços individuais, que são considerados bens privados e a cargo do mercado, e coletivos, bens públicos que estão sob os cuidados do Estado, o sistema de saúde foi estruturado em dois regimes, contributivo e subsidiado, com acesso regulado pelo governo, que realiza inquéritos anuais para classificar o nível de renda e das necessidades da população cadastrada no Sistema de Identificação de Beneficiários de Subsídios do Estado (SISBEN). A forma de inserção da população colombiana neste sistema depende da capacidade econômica, logo fazendo diferenciação da classe social a que pertence

⁵⁵ Como nos conta o professor da Faculdade de Saúde Pública da *Universidad Nacional de Colombia*, Mario Hernández, o SNS, ainda que tenha surgido com um espírito de universalização, nunca atingiu tal aspiração. Funcionou durante anos em um sistema fragmentado, que expressava a divisão social de classes, a exclusão e a marginalização das populações mais desfavorecidas. “Assim, os serviços de saúde constituíam uma organização social fragmentada com base na dinâmica do mercado ou na capacidade de pagamento das pessoas, com ingerência limitada do Estado. Quem tinha os meios, pagava. Quem não os tinha, pedia”

cada indivíduo, o que evidencia a manutenção de problemas anteriores à reforma, a saber, a desigualdade social, a má qualidade oferecida aos usuários e a saúde como um direito negligenciado.

No que concerne ao modo de acesso ao sistema de saúde na Colômbia, existem quatro formas: 1) quem possui vínculo empregatício só pode acessar o serviço particular e perde o direito ao acesso público; 2) os trabalhadores independentes nas modalidades de contratação freelancer, intermitente, temporário e/ou terceirizado, dependendo do número de salários mínimos recebidos, só poderão ter vinculação ao sistema particular; 3) a população pobre, sob a comprovação de pobreza ou situação de desemprego, acessa o sistema público; e 4) as pessoas mais abastadas, por meio de aquisição de planos de saúde, garantem um atendimento oportuno e da melhor qualidade.

Dentro do sistema criado pela Lei nº 100 se estabeleceu uma afiliação obrigatória, inicialmente só dos trabalhadores e suas famílias, que acontece por meio de empresas privadas, denominadas Entidades Promotoras de Saúde (EPS). Depois, passou a ser entregue a estas últimas (às EPS) a administração dos recursos de seus afiliados, oferecendo um pacote de serviços denominado Plano Obrigatório de Saúde (POS). Os serviços do POS, por sua vez, começaram a ser prestados à população por meio de Instituições Prestadoras de Serviços (IPS), de carácter público, privado ou mista, sendo permitido, nesta organização, que as EPS tenham suas próprias IPS e, assim, os seus afiliados podem ter diferentes opções para acessar o serviço. Desse modo, EPS e ARS contratam, com as IPS, os serviços de atendimento e tratamento contemplados no POS.

Ainda a Lei 100 de 1993 estabeleceu o conceito e uso de planos de saúde pré-pagos no país, também conhecida como “financiadora do risco de adoecer que as pessoas têm”. De forma concisa, este é um serviço pelo qual o paciente paga um valor adicional alto para receber, de forma imediata, os serviços de saúde. A medicina pré-paga, ou plano de saúde, foi vendida no país como serviço complementar aos serviços médicos que estão incluídos no POS.

Segundo o Ministerio de Saúde, no ano de 2016, a Colômbia contava com 20 EPS, não obstante, quase 80% dos seus usuarios estavam concentrados em apenas seis destas empresas, constituindo, deste modo, um oligopólio da saúde em mãos de grandes empresários, com uma proeminente participação das empresas internacionais. Com a Lei 100, estas entraram para absorver as empresas nacionais, sendo que, hoje, junto às grandes farmacêuticas, além de reportar grandes lucros (AHUMADA, 2002), se perfilam também com poder para influir nas reformas promovidas no país em matéria de saúde. O jornalismo independente do país (LEWIN,

2013; ARCILA, 2019) tem ajudado a visibilizar estes elementos e a reconstruir (ARCILA, 2019) a forma que o negócio em que se tornou a saúde no país continua a ser parte do “moderno de colonialismo organizado” (FERNÁNDES, 1970) e das estruturas do poder colonial na América Latina, como o caso do grupo espanhol Sanitas, que, desde 1980, entrou no país com Colsanitas (Sanitas Colômbia), MediSanitas e EPS Sanitas. Sanitas surgiu no mundo como uma companhia de médicos espanhóis em meados do século XX e, no final dos anos 80, ficou em mãos da multinacional britânica BUPA (British United Provident Association)⁵⁶. Outro exemplo é, quiçá, o de uma das empresas cooperativas mais antigas e pujantes do setor, criada por médicos colombianos há sessenta anos na cidade de Cali e que terminou nas mãos da norteamericana Christus Health, uma das 10 instituições católicas de saúde privada mais importante dos Estados Unidos, cuja administração depende de três congregações religiosas. No caso das pré-pagas, a norteamericana UnitedHealth Group é acionista majoritária da empresa mais importante do setor, a Colmédica Medicina Prepagada. Com presença em mais de 130 países, a UnitedHealth foi fundada em 1997 em Minnesota e encontra-se entre as 30 maiores sociedades anônimas cotadas na bolsa de valores dos Estados Unidos. A Lei 100, de 1993, criou nichos para os investidores estrangeiro em vários cantos, inclusive no serviço médico domiciliar prestado por um serviço de ambulâncias líder no setor e de propriedade de um grupo danés, com acionistas da indústria farmacêutica e da indústria de brinquedos.

Como vemos, uma variada gama de investidores estrangeiros tem visto, na saúde colombiana, uma oportunidade de negócio que levou, nos últimos anos, Clínicas, IPS, EPS e farmácias de primeiro nível a serem absorvidas pelas empresas norteamericanas e europeias, contando com mão de obra nacional, qualificada e barata, como veremos mais a frente, mantendo, ou melhor, reatualizando o poder social baseado em critérios originados na relação colonial (QUIJANO, 1992).

A base de sustentação financeira do Sistema é a contribuição dos trabalhadores, 4% de cada salário recebido, e dos patrões, 8% sobre cada salário pago. No regime contributivo, o Plano Obrigatório de Serviços (POS) é garantido aos empregados que recolhem o suficiente para cobrir os benefícios. No regime subsidiado, o governo complementa os custos da assistência do segurado de baixa renda, que obtém um pacote de serviços equivalente a 70% do POS contributivo. O Estado assumiu ainda a cobertura das ações não-POS e a assistência da

⁵⁶ Com mais de 22 milhões de clientes nos 190 países em que opera.

população não afiliada, mediante um critério de prioridade no atendimento a grupos vulneráveis, como crianças, pobres e portadores de doenças graves (COLÔMBIA, 1993). Ademais, os Regimes Especiais (RE) afiliam os trabalhadores das Forças Militares, a Polícia Nacional, a Empresa Colombiana de Petróleo (ECOPETROL), o Magistério e as Universidades Públicas.

Também é importante destacar que a Lei nº 100 transformou todos os hospitais públicos em Empresas Sociais do Estado (ESE), obrigando-as a impulsionar sua autogestão, autosustentabilidade financeira mediante à venda de serviços para as ARS e EPS, aspecto que as levam a competir com as IPS. Isto, na prática, ocasionou duas situações: a primeira, o fechamento de hospitais públicos com alto nível técnico, mas que não tinham tradição de venda de serviços e autofinanciamento, o que se deu, principalmente, pela descentralização dos governos locais sem ferramentas técnicas para tal implementação; a segunda, sua absorção, como vimos há alguns parágrafos atrás, pelas empresas estrangeiras, sendo que, como empresas de saúde, criadas e fortalecidas pelo atual sistema, estão entre aquelas com maiores lucros no país nos últimos anos (AHUMADA, 2002) e na bolsa de valores norteamericana (ARCIL, 2019).

Na Tabela 2, a seguir, apresentamos, de forma sintética, os principais aspectos que definem a organização do SGSSS:

Tabela 2 - Sistema de seguridade em saúde

Características do sistema de seguridade em saúde na Colômbia		
	Regime Contributivo	Regime Subsidiado
Afilia a:	Empregados contribuintes, e contribuintes da iniciativa privada.	Beneficiários de Subsídios.
Entidade	EPS – Entidade Promotora de Saúde (Privada, pública ou mixta)	ARS – Administradora do Régime Subsidiado (Privada, particular ou mixta)
Recursos	Contribuição do empregador e do empregado	Subsídios estatais, contribuição parafiscal e solidariedade do regime contributivo
Prestação de serviços	IPS – Instituição Prestadora de Serviços, ou ESE – Empresas Sociais do Estado.	IPS – Instituição Prestadora de Serviços, ou ESE – Empresas Sociais do Estado.
Serviços disponíveis	POS – Plano Obrigatório de Saúde.	POS-S – Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado.

Fonte: a própria autora.

Por outro lado, a reforma de 1993, que resultou no SGSSS, trouxe desdobramentos que não poderíamos deixar de mencionar, considerando o impacto negativo para a vida dos trabalhadores profissionais do setor da saúde, da educação e, em geral, das pessoas que recebem suas intervenções. Com isso, o mercado de trabalho para os trabalhadores profissionais da saúde sofreu importantes modificações, sem que a reforma incluísse diretrizes orientando sobre contratação, salários e demais condições de trabalho.

Em razão da ampliação do asseguramento em saúde e da abertura para as empresas privadas administrarem e proverem tais serviços, ampliou-se também a oferta de vagas de emprego. Em consequência, criou-se uma demanda significativa de novos profissionais, demanda esta respondida, na época, com o crescimento de programas de educação em saúde, criados especialmente pelas universidades privadas, para quem as condições se tornaram um incentivo. Como resultado, poderíamos dizer que houve uma gama de profissionais da saúde desagregados e fragilizados como classe e, portanto, sem poder de negociação perante um grande mercado de serviços que os absorvia apenas parcialmente.

Dessa forma, a nova ordem da eficiência dos recursos financeiros empresariais compra a força de trabalho do setor em condições precárias de trabalho e com baixos salários. Estudos da Universidade Nacional, com sede em Medellín, sobre esta situação, denunciam que, três anos após a aplicação da reforma, os salários dos profissionais da saúde tinham sofrido estagnação, sendo que, para a maioria dos profissionais, o salário não superava os três salários mínimos legais vigentes à época, conservando, em certa medida, a situação dos médicos como os mais privilegiados neste sentido (ACOSTA; BECERRA; MEJIA, 2009).

Se no modelo anterior um grupo limitado de trabalhadores profissionais atendia em consultas privadas, tendo condições que asseguravam uma qualidade de vida razoável, tal o caso dos médicos, dos psicólogos e dos fonoaudiólogos, por exemplo, no sistema pós reforma, ao não se contar com um piso salarial estável, sua força de trabalho ficou à mercê de graves abusos. Esses estudos ainda revelaram que as condições de trabalho pós-reforma foram precarizantes, reduzindo também a capacidade produtiva desses trabalhadores. Como consequência, a fim de compensar a precariedade do salário, esses profissionais se veem com a necessidade de assumir vários empregos, muitas vezes distantes uns dos outros, sobrecarregando-se e submetendo-se a situações degradantes para tentar garantir, no final do mês, um salário que lhes proporcione condições mínimas para se manterem com dignidade. Sem mencionar que com a introdução das novas modalidades de contratação, como a prestação de serviços profissionais e a terceirização, ocorreu uma indiscutível flexibilização

(precarização) nas condições de trabalho que privilegiava o foco nos negócios das EPS e IPS. Frente a isso, ninguém ou quase nenhum profissional da saúde é ou será amparado pela Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT).

Discorrendo um pouco mais sobre a contratação na modalidade de prestação de serviços, estes trabalhadores são obrigados a descontar de seu pagamento, observando a renda gerada de cada um, 4% sobre cada Unidade de Valor Tributário-UVT, imposto regulamentado e recolhido pela Direção de Impostos e Aduanas Nacionais-DIAN, ou seja, por cada 4 unidades da moeda (no caso da Colômbia, peso colombiano), o trabalhador deverá pagar 4% de seu salário. Para termos uma ideia aproximada dos valores em moeda brasileira diríamos que, por cada R\$ 966,64 de salário, o trabalhador deverá pagar R\$ 40,00. Com o salário restante, ele deverá pagar o seu asseguração em saúde, sua previdência social, seu plano de saúde de riscos profissionais que se constituem em obrigações irredutíveis para o trabalhador, inclusive, para poder “prestar seus serviços profissionais” numa instituição do próprio Sistema de Seguridade Social.

E como já mencionado, este trabalhador tampouco terá as garantias de CLT, como férias, fundo de garantias, período de carência ou coisa semelhante. Cada dia ou hora de improdutividade laboral, por quaisquer motivo, incluindo acidente, doença, calamidade familiar, maternidade, entre outros, passaram a ser de inteira responsabilidade do trabalhador. Assim, por causa dessa depreciação do trabalhador e, indiretamente, das pessoas que se relacionam com estes (familiares, dependentes, etc), pesquisadores do campo da saúde mental e do trabalho têm se debruçado na investigação acerca dos desdobramentos da precarização do mercado de trabalho e das condições oferecidas aos trabalhadores da saúde. Nestas investigações são denunciadas as crueldades destas reformas, em que o trabalhador colombiano assistiu a invalidação de seus direitos e condições de trabalho, construídas e conquistadas ao longo de décadas de intensas lutas sociais. Desta maneira, se considerarmos o capital internacional que sustenta a lógica do mercado da saúde, vemos como a colonialidade no poder é um espaço e uma rede de relações sociais de “exploração/dominação/conflito articuladas, basicamente, em função e em torno da disputa pelo controle de âmbitos de existência social” (QUIJANO, 2014a, p. 289), como a saúde, o trabalho e as matrizes de conhecimento que impregnam o atendimento dos fenômenos em saúde das populações que a política atende.

No que concerne ao campo da Política de Saúde Mental, entre 1960 e 1993, encontramos um marco genérico para os países da América Latina quanto ao tema, no sentido desses países se defrontarem com um movimento de crítica, de ordem internacional, em que diferentes

experiências e pesquisas demonstraram a ineficácia e os impactos negativos do sistema de atendimento à saúde mental em condições de internação. No caso da Colômbia, em 1998, divulga-se a Política Nacional de Saúde Mental para o país mediante a Resolução nº 02358. Esta política integra fatores condicionantes de caráter biológico, ambiental, comportamental, social, político, econômico e cultural, bem como a esfera da saúde - medida pela estrutura da morbidade, da mortalidade e incapacidades específicas por faixa etária e gênero. Tal política assegura contemplar os preceitos da OMS, em que a saúde é definida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não só como a ausência de afecções ou doenças”. O documento traz, na sua redação, o desafio explícito de superação, por parte da Política de Saúde Mental, do “artifício amarrado ao dualismo mente-corpo herdado dos postulados cartesianos” (COLÔMBIA, 1998, p. 20), definindo e compreendendo a saúde mental como

a capacidade das pessoas e dos grupos para interactuar entre si e com o medio ambiente; um modo de promover o bem-estar subjetivo, o desenvolvimento e uso ótimo das potencialidades psicológicas, sejam cognitivas, afetivas, ou relacionais. (Ibid., p. 20)

A política de saúde mental no país ainda enfatiza o caráter de integralidade proposto pela OMS em materia de saúde mental e o reconhecimento da relação entre desenvolvimento social e saúde em geral. Esta política, por sua vez, desdobra-se na Lei nº 1616 do ano de 2013, que, de algum modo, se constitui na superação de uma visão sobre a saúde mental restrita ao atendimento da doença mental. Tal superação pode ser identificada por meio de dois aspectos: o primeiro, quando se coloca a Saúde Mental como prioridade do sistema de Saúde Pública e a inclui no Plano Decenal de Saúde Pública 2012 - 2021 (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021) na Dimensão Convivência Social e Saúde Mental. O segundo, quando se reconhece a saúde mental como um direito dos indivíduos que deve ser garantido “[...] mediante a promoção da saúde e a prevenção do transtorno mental, a atenção integral e integrada em saúde mental no âmbito do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde” (COLÔMBIA, 2013, p.1). Nesta perspectiva, as condições sociais objetivas em que se desenvolvem os indivíduos pareceram estar contempladas, principalmente quando, no Capítulo III, denominado Promoção Da Saúde Mental e Prevenção, a lei afirma que as ações em direção à atenção integral incluem a integração familiar, social, laboral e educativa, o que demonstra uma tentativa de superação, pelo menos no documento, de uma visão manicomial, de internação e de intervenção, exclusivamente em situações em que já existe aparecimento de um quadro de doença. Para tanto, é outorgada, ao Ministério de Saúde, a responsabilidade por estabelecer ações direcionadas à promoção da saúde mental e prevenção do transtorno mental. Nesse sentido, a lei

ênfatiza “o reconhecimento precoce de fatores protetores e de risco” (Ibid., p.4), propondo-se, ao mesmo tempo, abarcar um amplo leque de ações promotoras da saúde, dentre as quais contempla:

a inclusão social, a eliminação do estigma e a discriminação, o bom relacionamento, a prevenção das violências, a [prevenção] das práticas de perseguição, assédio ou bullying escolar, prevenção do suicídio, prevenção do consumo de substâncias psicoativas, participação social e segurança econômica e alimentar, entre outras. (COLÔMBIA, 2013, p.4).

No entanto, se considerarmos o conjunto das condições sociais descritas ao longo deste capítulo, além de outros pontos que serão abordados no subcapítulo a seguir, podemos constatar que a fragilização de aspectos básicos e indispensáveis para a garantia de condições de vida digna, como a saúde e a educação, coloca a saúde mental da população colombiana, seja adulta ou infantil, em condições objetivas adversas à materialização das aspirações da política em saúde mental. Desta forma, esta política se coloca mais como um horizonte a ser alcançado, tanto na intervenção em situações com presença de doença ou distúrbio mental quanto em matéria de prevenção e promoção, sendo que estes últimos dois aspectos precisam se articular no nível governamental e ser amplamente divulgado, para o conhecimento da comunidade. A escola, sem dúvida, apresenta-se não apenas como campo importante de intervenção, mas como elemento potenciador das ações de promoção e prevenção.

No caso da cidade de Cali, onde desenvolvemos o trabalho de campo desta tese, no Grupo de Saúde Mental e Convivência Social da Secretaria de Saúde do Município, observamos avanços importantes. O Grupo se constitui numa conquista da política e especificamente da cidade. A proposta de trabalho do Grupo se fundamenta em três eixos: 1.) Promoção da convivência social e abordagem de violências: neste ponto, os membros do Grupo têm se aproximado das escolas do Município abordando, especificamente, a temática do bullying e do consumo de substâncias psicoativas. 2.) Promoção da inclusão social e abordagem do consumo de substâncias psicoativas e outras dependências: neste eixo, o Grupo realiza acompanhamento técnico nos centros de escuta comunitária⁵⁷ e em zonas de orientação escolar, localizados em

⁵⁷ Os Centros Escuta são um produto histórico da intervenção social. Estes começaram a se organizar a partir do trabalho humanitário realizado por entidades religiosas que foram, ao longo dos anos, se configurando como instrumentos de trabalho em comunidades de alta vulnerabilidade no marco de políticas públicas. Eles têm recebido diferentes nomes: antenas, antenas comunitárias, centros de integração comunitária, centros de desenvolvimento comunitário, entre outros. Na Colômbia, tem sido denominados Centros Comunitários, organizações de participação comunitária, entre outros. Podem ser definidos como um processo de trabalho comunitário que se fundamenta a construção de redes sociais, em que atores da comunidade local participam

diferentes regiões da cidade, para a articulação e implementação de lineamentos de saúde mental comunitária em conformidade com o cronograma desenvolvido na Secretaria de Saúde Pública Municipal. 3.) Promoção da vida e abordagem do sofrimento psicosocial, sendo que as intervenções se focalizam principalmente na prevenção do suicídio. Neste sentido, algumas estratégias, como a criação do Sistema Integrado de Comunicações-SICO, permite que, mediante uma linha telefônica (conhecida também como Linha amiga), um profissional ofereça educação, orientação e apoio psicosocial às pessoas afetadas por violência intrafamiliar, sexual e de gênero, bem como nas tentativas de suicídio, transtorno mental e consumo de substâncias psicoativas.

É importante destacar que o Grupo tem realizado aproximações, também, com entidades acadêmicas e gremiais, na tentativa de pensar e construir conjuntamente a Política de Convivência Social e de Saúde Mental para a cidade. Para tanto, algumas universidades, como Universidad Libre, Universidad del Valle e Universidade Javeriana, têm somado seus esforços nesta discussão. O Grupo de Saúde Mental e Convivência Social contempla estas aproximações como a possibilidade de realizar pesquisas conjuntas, estágios e trabalhos de formação e intervenção que possam colocar, na agenda pública, realidades e temáticas ainda não exploradas neste campo, bem como articular os avanços científicos com vistas ao melhoramento, fortalecimento e ajustes da política em saúde mental. (COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS, 2018)

No que tange às ações nas e com as escolas ou em intersectorialidade com o setor educacional, o Grupo vem trabalhando, até o momento, junto ao Comité Municipal de Convivência Escolar-COMCE. Esta é uma instância interinstitucional criada a partir de la Lei 1620 de 2013⁵⁸, que pretende formar os atores que conformam a comunidade escolar, para o exercício dos Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos, bem como para a criação de mecanismos de prevenção, atenção e diminuição da violência escolar.

ativamente visibilizando e dando respostas às problemáticas e necessidades priorizadas por eles mesmos, daí a importância de serem envolvidos como ponto estratégico para a atenção, a promoção e a prevenção em saúde mental. Tais centros nascem na comunidade e têm no centro da escuta sua parte organizativa e operativa visível. A política de saúde mental envolve os Centros Escuta em razão de constituírem um modelo de inclusão social que recolhe as necessidades

⁵⁸ A Lei 1620 de 2013 cria o Sistema Nacional de Convivência Escolar e Formação para o Exercício dos Direitos Humanos

Desta maneira, entendendo os importantes avanços que o país e, neste caso, a cidade de Cali têm dado em direção a consolidação de uma política de saúde mental inclinada a “superar uma abordagem biomédica da saúde mental” (Ibid., p. 2) e reconhecendo a pertinência dos eixos de trabalho do Grupo de Saúde Mental e Convivência Social, queremos nos deter um pouco na necessidade de ampliar a indagação e a pesquisa de elementos que se relacionam ao eixo 1 e 2 do grupo⁵⁹. Isto porque consideramos que ainda, na visão da política de saúde mental, existe um elemento que não tem sido contemplado como uma forma de violência e exclusão, cujas repercussões mostram-se graves para a saúde mental da criança escolar. Nos referimos ao encaminhamento sistemático de escolares para a área da saúde e a consequente produção de diagnósticos psiquiátricos e intervenções medicalizantes, que se produzem a partir das demandas da escola em razão do desempenho e comportamento dos escolares em sala de aula. Como temos apontado ao longo desta tese, a pesquisa científica do país e as bases teóricas que a sustentam não têm sido orientadas no sentido de indagar e conhecer o impacto emocional, familiar e social, ou seja, o impacto que tal prática gera nas diferentes esferas que compõem a integralidade da saúde mental da criança escolar.

Para continuar na compreensão das condições objetivas em que nosso objeto de estudo se enquadra, abordamos no subcapítulo a seguir, alguns elementos que dizem respeito da configuração do sistema educacional colombiano.

4.1.1. Sobre a atual Política de Educação na Colômbia: algumas nuances

No mesmo processo de redemocratização descrito, brevemente, no tópico anterior, que deu origem à Carta Constitucional Política de 1991, encontramos uma definição sobre a educação como direito. Paradoxalmente, esta definição não aparece no Capítulo referente aos Direitos Fundamentais. Sua definição está restrita ao capítulo referente aos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais que, no Artigo 44, é apresentado como direito fundamental dos meninos e das meninas:

São direitos fundamentais das crianças: a vida, a integridade física, a saúde e a segurança social, a alimentação equilibrada, seu nome e nacionalidade, ter uma família e não ser separado dela, o cuidado e amor, a educação e a cultura,

⁵⁹ Eixo 1: *Promoção da convivência social e abordagem de violências* e Eixo 2: *Promoção da inclusão social e abordagem do consumo de substâncias psicoativas e outras dependências*.

a recreação e a livre expressão de sua opinião. Serão protegidos contra toda forma de abandono, violência física ou moral, sequestro, venda, abuso sexual, exploração laboral ou econômica e trabalhos de risco. Terão garantidos também os demais direitos consagrados na Constituição, nas leis e nos tratados internacionais ratificados por Colômbia (COLÔMBIA, 1991, tradução nossa).

Posteriormente, no Artigo 67 se declara:

A educação **é um direito** da pessoa e um **serviço público** que tem uma função social; com ela se busca o acesso ao conhecimento, à ciência, à técnica e aos demais bens e valores da cultura [...]. O Estado, a sociedade e família são responsáveis pela educação, que será obrigatória entre os cinco e os quinze anos de idade e que compreenderá, como mínimo, um ano de pré-escolar e nove de educação básica. A educação será gratuita nas instituições do Estado, sem prejuízo de cobro de direitos acadêmicos a quem possa usufruí-los. (COLÔMBIA, 1991, tradução nossa).

A Lei Geral de Educação, Lei 115 de 1994, define e regulariza a organização da educação colombiana com base nos princípios presentes na Constituição. Para tanto, a organização está disposta em cinco níveis, a saber: Educação Inicial, Educação Pré-escolar, o Ensino Fundamental Básico de Primeiro e Segundo grau (Fundamental I cinco anos e Fundamental II quatro anos), Educação Média (dois anos), e a Educação Superior, como podemos acompanhar na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Nível de ensino por idade

Idade	Ano ou Curso	Nível Institucional
3 a 4 anos	Jardim I (<i>Pre-Jardín</i>)	Pré-escolar (<i>Inicial e pré-escolar</i>)
4 a 5 anos	Jardim II (<i>Jardín 2</i>)	
5 a 6 anos	Pré I (<i>Transición</i>)	
6 a 7 anos	1º. Ano	Ensino Fundamental 1 (<i>Básica Primaria</i>)
7 a 8 anos	2º. Ano	
8 a 9 anos	3º. Ano	
9 a 10 anos	4º. Ano	
10 a 11 anos	5º. Ano	Ensino Fundamental 2 (<i>Básica Secundaria</i>)
11 a 12 anos	6º. Ano	
12 a 13 anos	7º. Ano	
13 a 14 anos	8º. Ano	
14 a 15 anos	9º. Ano	
15-16 anos	10º. Ano	Ensino Medio (<i>Educación Media Vocacional</i>)
16-17 anos	11º. Ano	
17 anos em diante		Educação Superior Técnica ou Universitária. Regida pela Lei 30 de 1992

Fonte: a própria autora.

As áreas fundamentais e obrigatórias definidas pela lei para este nível são: a) ciências naturais e educação ambiental; b) ciências sociais, história, geografia, constituição política e democracia; c) educação artística; d) educação ética e em valores humanos (denominada também como Cátedra de Paz, por meio da Lei 1732, Decreto 1038); e) educação física, recreação e esportes; f) educação religiosa; g) humanidades, língua castelhana e idioma estrangeiro; h) matemáticas; e i) tecnologia e informática.

A Colômbia fez avanços notáveis na expansão da capacidade de suas escolas, sobretudo nos níveis primário e secundário. De acordo com a Unesco, em 1985, somente 65,5% dos estudantes em idade escolar estavam matriculados na escola primária. Hoje, esse número está próximo de 90%. Contudo, esses ganhos têm sido dificultados pelos constantes obstáculos para atingir os estudantes nas áreas rurais. Além disso, a qualidade do ensino continua desigualmente distribuída, particularmente nas regiões rurais e em municípios de escassos recursos. Como a violência⁶⁰ na Colômbia (UNICEF, 2016) é mais disseminada nas áreas rurais remotas, há menos escolas nessas localidades e menos professores dispostos a trabalhar nessas regiões. Segundo estimativas da UNICEF (Ibid.), as crianças que moram nas zonas afetadas pelo conflito na Colômbia compõem 40% da população que não assiste à escola entre os estudantes do Ensino Fundamental I e II.

Há também uma discrepância de acesso ao ensino entre os diferentes grupos etários. Entre 2013 e 2015, o governo demonstrou um sucesso muito maior na expansão do acesso à escola primária do que as séries mais avançadas. De acordo com Carlos Alberto Casas Herrera, professor do Centro de Pesquisa e Formação da *Universidad de Los Andes*, “de 100 estudantes

⁶⁰ Recrutamento, homicídios, deslocações forçadas, sequestros, violência sexual, lesões e mutilações causadas por minas terrestres antipessoais, perda parcial ou total da família, perda da escola, são essas algumas das cruéis experiências vividas por crianças das regiões rurais na Colômbia como produto do conflito armado, segundo relatório desenvolvido pela UNICEF, no ano de 2016. O relatório ainda informa que os dados nacionais mostram que, dos 7,6 millones de pessoas registradas na Colômbia como vítimas do conflito, 2,5 millones, 1 de cada 3, são crianças. Cerca de 45.000 crianças foram mortas, quase 2,3 milhões foram deslocadas forçosamente das regiões em que moravam e 8.000 têm desaparecido desde que foi iniciada a recopilación de dados em 1985. Crianças menores de 5 anos representam 1 em 10 do número total dos assassinados, sequestrados, desaparecidos e torturados e 1 de cada 5 dos deslocados de forma forçosa. As crianças indígenas e afrocolombianas são as mais vulneráveis do conflito, representam 12% dos deslocados forçosamente, 15% dos sobreviventes da violência sexual e 17% dos torturados. A maior parte delas chegam, com que resta de suas famílias, a formar parte dos bolsões de miséria de cidades como Cali, Medellín, Pasto e Villavicencio. Entre os anos 2013 e 2015, o número de crianças feridas por minas terrestres antipessoais e munições sem explodir foi reduzida à metade, enquanto o número de crianças deslocadas se reduziu em 40% com a redução dos combates. Apesar da redução nas cifras, o número é ainda muito alto. Desde que as conversações de paz começaram na Havanna em finais de 2012, pelo menos 75 crianças foram assassinadas, mais de 180 ficaram feridas e mais de 1.000 foram recrutadas por distintos grupos armados. A UNICEF chama a atenção para a possibilidade de que o número seja ainda muito maior, pois o estudo se baseia nos dados oficialmente registrados.

que entram na escola primária da Colômbia, apenas 40 chegam até o 11º. ano [ensino médio]. Destes, dez entrarão na universidade e somente cinco se formarão”.

Por outro lado, apresentam-se as questões referentes à qualidade na educação, aspecto importante de ser analisado primeiramente, a partir do que a própria política de educação do país entende por qualidade.

Depois de um desempenho aquém do esperado, em termos das metas da educação, nas provas do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes *Programme for International Student Assessment-PISA*⁶¹ 2012 (376 de 510 pontos), o governo⁶², nos anos subsequentes, buscou fortalecer o ciclo de educação básica, média e da primeira infância⁶³. Deste modo, o questionamento sobre a qualidade da educação no país nasce a partir de uma série de maus resultados em uma prova internacional.

Nesta lógica, qualidade na educação é usualmente utilizado como sinônimo de outras três características das políticas educativas: equidade, eficiência e eficácia. A primeira se refere à cobertura que se tenta alcançar com programas e acesso aos distintos níveis de educação; a segunda se refere ao fato de que os recursos estipulados estejam sendo usados de forma correta; finalmente, a terceira faz referência a que os estudantes sejam efetivamente formados nas instituições; isto é, que sejam incluídos no sistema, participem das aulas e finalizem a formação (UNICEF, 2000). Cada uma dessas dimensões dá conta de aspectos que se espera da qualidade na educação. Por esta razão, o conceito de qualidade se associa ao de pertinência. A pertinência nos programas de educação tem a ver com o cumprimento ou não da finalidade que uma sociedade lhe outorga. Este tipo de raciocínio gera interrogações sobre o caráter e os princípios que regem o sistema de educação nacional e sobre a pertinência das políticas implementadas a partir destes princípios.

No Plano Decenal de Educação, de 2006 a 2016, educação de qualidade é definida como:

⁶¹ Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Perú e Uruguay participaram no Programa para a Avaliação Internacional de Alunos que se propunha a avaliar o que jovens de 15 anos “sabem” e “podem” fazer em matemática, leitura e ciência. Nas três áreas de PISA 2012, Colômbia se localizou entre os 9 países de mais baixo desempenho entre os 65 que participaram.

⁶² Para esse momento, o governo era liderado pelo ex-presidente Juan Manuel Santos Calderón (2010 a 2018).

⁶³ No ano de 2016, depois de aprovada nos debates do Senado, é lançado o programa *De Cero a Siempre* como política de Estado, voltado à infância (entre 0 a 6 anos), e que inclui, em caráter obrigatório, a educação pré-escolar a partir dos cinco anos de idade.

aquela que logra que todos os estudantes, independentemente de sua procedência, situação social, econômica ou cultural, contem com oportunidades para adquirir conhecimentos, desenvolver as competências e valores necessários para viver, conviver, ser produtivos e seguir aprendendo ao longo da vida (COLÔMBIA, 2006, p. 38, tradução nossa).

Na definição se destaca a Promoção do desenvolvimento e Criação de oportunidades como objetivos. Neste sentido, e de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento -PNUD, o desenvolvimento humano consiste em proporcionar ao indivíduo todas as capacidades necessárias para seu desempenho na sociedade em que está inserido, com implicações nas aptidões válidas para vida laboral, social e política. Por outro lado, esta lógica também implicaria a criação de oportunidades para reduzir as fendas produzidas pelas inequidades existentes na sociedade.

Ora, apesar de estabelecer uma definição de “qualidade” e dela derivar um objetivo geral, as metas propostas no Plano Decenal se orientam, principalmente, por metas fixadas por organismos internacionais, pretensamente mensuráveis por meio de avaliações standardizadas, ou seja, as avaliações internacionais como o PISA são tomadas como horizonte da Política de Educação Nacional. Deste modo, o objetivo traçado é o de melhorar e aumentar a qualificação da população numa área específica do conhecimento, que não interroga a pertinência com que a educação se articula às características da sociedade em que se insere e se esta é, realmente, geradora de aprendizagem e desenvolvimento nos seus alunos. É claro que avaliações sempre podem proporcionar informações importantes, na condição de que se tenha clareza do que se pretende avaliar e comparar. As avaliações podem indicar que o cálculo matemático ou a leitura estão em um patamar inaceitável, mas não conseguirão explicar o porquê crianças reinseridas⁶⁴, após o conflito armado na Colômbia, enfrentam problemas de segregação. Principalmente, quando em muitos dos países que participam destas provas, como a Noruega, por exemplo, nunca existiu uma guerrilha e sua última guerra civil terminou no ano de 1240. Como explicar também a exclusão de uma criança que, ainda com bom desempenho escolar, é marginalizada da escola, em razão de um suposto transtorno da atividade, quando em países como a França, que também participa das provas, o DSM não constitui um farol orientador dos processos de identificação e intervenção em saúde mental? E o quê dizer das crianças imigrantes cujo direito

⁶⁴ Crianças ex-combatentes ou filhas de ex-combatentes enfrentam dificuldades para o acesso prioritário, seguro, equitativo e não discriminatório da justiça transicional, entre os que se destaca a justiça, a verdade, as garantias, a reparação e o direito à educação.

universal à educação, como criança, está subordinado à forma como o país onde migrou a acolhe? Quer dizer, não é possível ignorar as condições sociais, culturais, materiais e políticas em que a educação desses alunos acontece.

Nesta altura é necessário abrir um parêntese para lembrar que a elaboração desse tipo de provas corresponde a uma diretriz da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico-OCDE. Esta é uma instituição de carácter económico que, além de ser aglutinadora e representante dos países mais ricos do mundo, é o centro do pensamento neoliberal no que tange à educação. (CHARLOT, 2007). Esta instituição surgiu nos anos de 1948 como Organização para a Cooperação Económica Europeia – OEEC, cuja finalidade era a de ajudar a gerir o Plano Marshall para a reconstrução da Europa após a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, a sua filiação foi estendida a estados não europeus em 1961, se transformando no que conhecemos hoje como OCDE. A OCDE, como outras instituições nascidas no contexto posterior à segunda Guerra (Fondo Monetário Internacional FMI e Banco Mundial-BM, Banco Interamericano de Desenvolvimento-BID), adquiriram ao longo dos anos o poder e a capacidade de influência necessários para definir o discurso para a Educação e as políticas educativas no nível mundial.

O sociólogo Almerindo Janela Afonso assevera que nos países capitalistas ocidentais, organismos internacionais como a OCDE, a partir de políticas padronizadas de avaliação, de prestação de contas e de responsabilização, foram ganhando uma certa prerrogativa nas concepções político-ideológicas dos governos, “disseminando e homogeneizando muitos dos seus efeitos, como se essas mesmas políticas ganhassem o seu verdadeiro sentido situando-se acima das realidades culturais, políticas, económicas e educacionais nacionais” (p.17).

Assim sendo, quando os projetos políticos em educação na Colômbia e na América Latina se subordinam a lógicas peculiares, em que se sobressaem os discursos sobre o acesso e a qualidade dos sistemas de educação, a formação e sobre a gestão do conhecimento como um recurso económico, a globalização percorre os caminhos do neoliberalismo, sendo que estes dois fenómenos estão estreitamente ligados (CHARLOT, 2007). Esta situação aponta renovados processos de colonialidade, em que diretrizes exógenas subordinam motivações e necessidades autógenas e soberanas de cada país aos organismos internacionais e grandes monopólios de capital, negando a história educacional e cultural. Os países latino-americanos, desta maneira, e dentre eles Colômbia, se tornam eficientes colônias do poder imperial, mas nunca nações desenvolvidas, autodeterminadas e livres.

Fechado este parêntese e tomando a educação como uma expressão das características da sociedade dentro da qual está imersa, destacamos o “acesso” ao sistema educacional como aspecto que a define. Assim, temos que famílias com maior capacidade financeira garantem, pela via económica, o acesso dos seus filhos ao melhor nível educativo, enquanto que as famílias com menor capacidade aquisitiva garantem o acesso à educação por meio da escola pública colombiana. A escola particular colombiana, por sua vez, também é socialmente estratificada, de acordo com a capacidade financeira da clientela. Dentro desta estratificação, quem está mais próximo da base social piramidal (classe média, classe média baixa e pobres) terá uma escola conforme a sua capacidade de pagamento, situação parecida com o acesso e atendimento no setor saúde, tal como explicamos no subcapítulo anterior.

Ainda na escola pública temos mais um fenômeno na sua organização que vale a pena ser destacado e que merece estudos futuros sobre seu impacto. Trata-se da entrada do setor privado na administração da educação por meio de concessões e parcerias. A entrada do setor privado, nestas condições, na educação é muito mais recente, diferente do que acontece na política de saúde desde o ano 1993.

No regime de concessão, o governo terceiriza a gestão da infraestrutura escolar para uma instituição privada. No regime de parceria, o governo paga os custos da taxa escolar em uma escola particular. Esses modelos flexibilizam os salários dos professores e as políticas de contratação, porque os professores não são mais funcionários do governo, o que somente leva a já fragilizada classe docente a situações ainda mais precarizadas de trabalho. Estes modelos têm enfrentado uma forte oposição da Federación Colombiana de Educadores-FECODE, maior organização sindical de professores do país, que tem conseguido minguar o seu avanço e alcance. Para os entusiastas do privado como sinônimo de qualidade, sempre é bom lembrar que, nem sempre, a entrada de recursos e administrações privadas implicou na garantia dos direitos. No caso colombiano, isso vem sendo demonstrado desde o ano 1993 com a reforma da Seguridade Social. A entrada de empreendimentos privados é orientada, geralmente, por uma lógica financeira de lucro e não pela garantia de direitos da população. De fato, o termo “acesso à educação” que ocupa a própria política, os programas e os projetos de lei na Colômbia se constituem em uma substituição não apenas no documento, mas na prática, do que seria o “direito à educação”. Este viria acompanhado do termo serviço, que insere, na materialização das funções do Estado, o dever de: **garantir o acesso à educação, cujo serviço pode ser provido por agentes privados provedores de serviços educativos.**

Neste sentido, nas escolas públicas colombianas, assim como nas privadas direcionadas a uma clientela com baixa renda, não se garante o direito a uma educação de qualidade, entendida como um processo que promova o desenvolvimento integral dos seus alunos. Esta situação contrária a definição proposta na Constituição de 1991 e na Lei Geral de Educação, que outorga que a educação “tem por si mesma [...] a capacidade de promover a igualdade social”. Deste modo, é possível afirmar que o modelo de educação na Colômbia é a expressão de um sistema social estratificado e excludente, em que as distintas formas de acesso não revelam só a liberdade de escolha, como apregoa o sistema liberal capitalista, ele revela uma concepção de educação como um bem e um serviço⁶⁵ que independe do direito fundamental e inalienável para se tornar em privilégio que deriva do poder aquisitivo.

As ambiguidades do sistema educacional colombiano, em relação ao espírito da política educativa e à concepção de qualidade na educação, transparecem, também, nas tentativas de se articular aos processos de superação de anos de conflito armado. Se bem a Catedra de Paz, obrigatório na grade curricular, faz parte de tais tentativas (Decreto 1038 de maio de 2015), o acesso sem equidade a uma educação de qualidade perpetua estruturas de desigualdade, de exclusão e de violência que, historicamente, tem se revelado como princípios que sustentam as guerras.

No meio de tais condições, a concepção filosófica do direito à educação no sistema educacional colombiano, tal e como ele se configura, orientado por uma lógica colonial, em favor de imperativos internacionais, mostra-se incapaz de possibilitar, para **todos os indivíduos**, níveis de desenvolvimento intelectual, como também de atitudes cognoscitivas perante a realidade, conforme a concepção do Enfoque Histórico Cultural.

Temos apresentado, até aqui, elementos históricos, sociais, políticos e ideológicos que configuram o âmbito da saúde e da educação na Colômbia, elementos importantes para o entendimento do nosso objeto de estudo, a saber o Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem, oferecido como parte dos serviços prestados por uma instituição de caráter privado, sem fins lucrativos, na cidade de Cali. No capítulo a seguir, trazemos informações específicas que dizem respeito às concepções de desenvolvimento e aprendizagem no âmbito das intervenções profissionais, a saber: RIPS, entrevistas e prontuários de atendimento à saúde

⁶⁵ A respeito, pode ser revisado Organização Mundial do Comércio/Acordo Geral de Tarifas e Comércio (OMC/GATT).

pertencentes a uma IPS, que se constitui como materialização de todas as determinações políticas, históricas e sociais abordadas.

5. UM MODELO DE ATENDIMENTO ÀS QUESTÕES DE DESENVOLVIMENTO E ESCOLARIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Neste capítulo, apresentamos, a partir de categorias de análise, alguns elementos que respondem às perguntas que norteiam esta tese. Tais perguntas foram formuladas no capítulo introdutório deste trabalho e as trazemos novamente para auxiliar o leitor, são elas: quais explicações comparecem nos prontuários de atendimento para justificar os encaminhamentos de escolares para o setor da saúde? Que tipo de práticas são geradas a partir de tais compreensões? Que concepções de desenvolvimento e de aprendizagem comparecem nos argumentos dos profissionais de saúde expressos nos prontuários de atendimento?

As informações apresentadas a seguir foram colhidas nas IPS, que alocam o modelo de atendimento analisado, e aparecem acompanhadas das nossas observações e impressões sobre a rotina institucional das crianças atendidas e seus acompanhantes. Observações estas que foram feitas enquanto aguardávamos os profissionais para conversarmos ou enquanto realizávamos a revisão das bases de dados. Nesses momentos de espera, observamos um pouco a dinâmica do processo de atendimento antes, durante e após a saída das crianças do espaço de atendimento.

A consulta estava organizada para acontecer em três dias na semana, tempo em que a disponibilidade de horários do grupo de terapeutas coincidiam. Os terapeutas, geralmente, chegavam com algum tempo de antecedência para conversarem sobre assuntos pessoais ou para discutirem aspectos sobre o atendimento de alguma criança, para organizarem seus materiais de trabalho e para deixar em dia os registros das histórias clínicas. Qualquer tipo de atividade programada deveria acontecer nesses dias, pois o restante da semana, ou, muitas vezes, no mesmo dia, vários deles se deslocavam para outros lugares de trabalho. Assim, qualquer atividade de discussão ou de planejamento devia ocorrer rapidamente nos intervalos entre um atendimento e outro; no horário de almoço; ou antes de sair para o local seguinte de trabalho. Profissionais como os neurologistas e as neuropsicólogas tinham horários diferentes e, raras vezes, tinham momento de encontro ou participação em algum planejamento de atividades coletivas.

Na chegada das crianças, observávamos algumas ainda uniformizadas, porque saíam ou iriam para escola. Enquanto seus acompanhantes aguardavam em uma salinha de espera com enfileiradas cadeiras brancas, entre cadernos e lápis de cor, vimos as crianças realizarem atividades no espaço terapêutico semelhantes aquelas que se realizavam no espaço escolar.

Operações de adição e subtração, leitura e escrita, desenho, compreensão de leitura, exercícios de lateralidade e de circuitos motores eram as atividades mais realizadas. No meio dessa dinâmica de atendimento, tivemos a sensação de estarmos numa instituição híbrida, entre o campo da pedagogia e da saúde ou, talvez, numa instituição de saúde que se tornava extensão da escola (BOARINI, 1993).

Vejam agora algumas informações sobre a forma como se organiza a IPS, onde se aloca o modelo de atendimento que analisamos.

5.1. Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem: um estudo de caso

O modelo de atendimento de saúde que abordamos nesta pesquisa faz parte dos serviços prestados em uma IPS na cidade de Cali. Trata-se de uma instituição privada, sem fins lucrativos, fundada na década de 1980, criada para brindar atendimento médico, suporte na aquisição de medicamentos e suporte emocional a pacientes, especialmente aqueles em condição de baixa renda, diagnosticados com epilepsia. A instituição, posteriormente, ampliou e diversificou seus programas e serviços, sendo que, na atualidade, oferece serviços de eletroencefalografia, polissonografia, medicina geral, medicina especializada em neurologia pediátrica e de adultos, neuropsicologia, psicologia, psicodiagnóstico, farmácia especializada e o programa de neuro-desenvolvimento e aprendizagem.

Este último programa foi criado com o intuito de oferecer atendimento integral à crianças com alterações neurológicas congênitas ou resultantes de traumatismos, bem como crianças com “problemas de aprendizagem” e de comportamento. De acordo com as informações oferecidas pela Diretora da Instituição, o programa foi formalizado, no ano de 2005, a partir de uma significativa demanda de crianças com as dificuldades supracitadas. Administrativamente, a instituição conta com um Conselho Diretivo formado por seis membros *ad honorem* e uma Diretora.

Dentro do SGSSS, a instituição cumpre com as exigências e normas da Política Nacional de Prestação de Serviços de Saúde (Lei 1122 de 2007)⁶⁶ e está autorizada, por meio de habilitação outorgada pela Subdireção de Inspeção, Vigilância e Controle de Serviços de Saúde,

⁶⁶ O propósito da Política Nacional de Prestação de Serviços de Saúde é o de garantir o acesso, otimizar o uso dos recursos e melhorar a qualidade dos serviços que se prestam à população.

a oferecer e prestar seus serviços. Os serviços da instituição são oferecidos à comunidade de forma particular ou por meio de sua afiliação com EPS, sejam elas do regime contributivo ou subsidiado. De acordo com a composição do quadro de funcionários, o programa de neurodesenvolvimento e aprendizagem tem apresentado algumas mudanças com relação ao número de especialistas e o tempo de experiência destes, bem como ao tempo de vinculação com a instituição. Destacamos, por exemplo, que, na época em que realizamos a pesquisa, estava organizado da seguinte maneira, observemos a Tabela 4.

Tabela 4 - Equipe profissional do programa de neurodesenvolvimento e aprendizagem

Composição da equipe profissional do Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem				
Especialistas	No. de profissionais na área	Programa da instituição em que atua	Anos de experiência	Tempo de trabalho na IPS
Neurologista	2	Consulta especializada e Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	8 anos	6 anos
Neurocirurgião	1	Consulta especializada encaminhada por Neurologista.	30 anos	6
Neuropediatra	2	Consulta especializada e Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	1.) 33 anos 2.) 16 anos	15 3
Psiquiatra	1	Consulta especializada e Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	32 anos	7
Assistente Social	1	Área administrativa e Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	9 anos	6
Psicóloga	2	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	1.) 26 2.) 10	5 2

Terapeuta Ocupacional	1	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	15 anos	13
Terapeuta Educativa Especial	1	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	36 anos	12
Neuropsicóloga	1	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	12 anos	9
Fisioterapeuta	1	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	8 anos	Um ano e meio
Fonoaudióloga	1	Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem	19 anos	8

Fonte: a própria autora.

A população geralmente atendida na instituição provém de várias regiões do sudoeste do país, especialmente do Estado de Valle del Cauca, sendo maciça a afluência da população de Cali⁶⁷. Estamos falando de uma instituição que atua numa cidade onde se concentra 60% da população do Estado, considerada como o terceiro epicentro econômicos e industrial da Colômbia, depois de Bogotá e Medellín, além de ser o principal centro urbano, cultural, econômico, industrial e agrário do sudoeste do país. No final de 2018, contava com uma população de 2.471.474 habitantes, segundo registros do Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE⁶⁸. É importante destacar que a composição étnica da população que atende tem uma marcada presença de afrodescendentes (35%) e indígenas (5%) procedentes do litoral Pacífico e do Estado de Cauca, regiões marcadas por fortes conflitos armados que provocam o deslocamento forçoso destas populações ao perímetro urbano e, especialmente, às periferias da cidade.

⁶⁷ De acordo com o DANE, 60% da população do Estado del Valle del Cauca mora em Cali e sua área metropolitana.

⁶⁸ É a entidade oficial responsável, na Colômbia, pelo planejamento, levantamento, processamento, análise e difusão das estatísticas oficiais demográficas do país.

5.2. O que revelam os Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde-RIPS

Como explicitamos no segundo capítulo desta tese, em que tratamos do caminho percorrido no campo, a base municipal constituía uma espécie de marco de entendimento de um panorama maior, e de cidade, onde se aloca o modelo de atendimento que iríamos analisar. Consideramos que olhar para esta base nos ajudaria, de algum modo, a dimensionar o fluxo de encaminhamentos de escolares para a área da saúde na cidade para, posteriormente, afunilar o nosso olhar na IPS.

Sobre a nossa pesquisa e a escolha por iniciá-la pela base municipal, o psiquiatra do Grupo de Saúde Mental, que faz parte de ações realizadas nas escolas para a prevenção do suicídio e também coopera para a “criação de ambientes de convivência saudáveis”, como eles denominam, manifestou:

é muito importante saber isso. Não sabemos quantos problemas na convivência escolar entre as crianças, por exemplo, isso que hoje chamamos de bullying, estão relacionados a essas rotulações diagnósticas das que você fala e que passam a ser a identidade estigmatizada dessas crianças. Com certeza, isso gera rejeições, zombarias e conflitos[...] inclusive, agora penso, quantos desses conflitos mal resolvidos no ambiente escolar estão alimentando essa rotulação. É um aspecto importante para pensarmos o assunto em outra perspectiva.

Em outro momento da nossa conversa, também disse:

eu vejo tua pesquisa com uma relação muito grande com as formas de maltrato mascaradas que se vivem no interior das instituições. Eu que trabalho com o tema do suicídio, penso em quantos desses casos que concretizaram o ato suicida tiveram origem no maltrato que um aluno recebe porque supostamente não aprende.

Enfatizando a importância desta fonte, gostaríamos de partilhar um pouco do processo realizado para sua análise. Primeiramente, foram três bancos de dados, dos anos de 2014, 2015 e 2016, em arquivo Excel, correspondentes à Secretaria de Saúde Municipal da cidade de Cali, como também à IPS, que aloca o Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem analisados neste estudo.

O banco de dados da IPS do ano de 2014 continha 5.141 pacientes, sendo que, neste ano, houve um total de 1.478 crianças que foram diagnosticadas pelo sistema com Transtorno Misto das Habilidades Escolares e, em segundo lugar, com Transtorno de Conduta, 516 pacientes; no ano seguinte, em 2015, houveram 3.383, dos quais foram atendidos e diagnosticados 775 pacientes com Transtorno Misto das Habilidades Escolares e, em segundo lugar, Transtorno Não Especificado Emocionais e do Comportamento que Aparecem

Habitualmente na Infância e na Adolescência; e, no ano de 2016, de um total 2.702 pacientes, 568 foram diagnosticados com Transtorno Não Especificado Emocionais e do Comportamento que Aparecem Habitualmente na Infância e na Adolescência, e 711 com Transtorno Misto das Habilidades Escolares.

Vale ressaltar que devido à grande quantidade de nomenclaturas diagnósticas que se referem aos problemas de aprendizagem e transtornos de condutas de aparição na infância, estas foram agrupadas em 15 categorias, conforme tabela abaixo:

Tabela 5. Aglutinação dos principais diagnósticos registrados em crianças de 6 a 12 anos segundo registro dos RIPS da Secretária de Saúde Municipal de Cali

Abreviação	Nome das Categorias	Diagnósticos agrupados
T.H.E./P.A.	TRANSTORNO DAS HABILIDADES ESCOLARES/PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM	F810, F811, F812, F813, F818, F819, R480
T.E.D.F.M	TRANSTORNO ESPECÍFICO DE DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO MOTORA	F82X
T.M.E.D.	TRANSTORNO MISTO ESPECÍFICO DO DESENVOLVIMENTO	F83X
AUT	AUTISMO NA INFÂNCIA	F840
T.G.D.	TRANSTORNO GENERALIZADO DE DESENVOLVIMENTO	F848, F849
O.T.D.P.	OUTROS TRANSTORNOS DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO	F88X
T.D.P.N.E.	TRANSTORNO DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO NÃO ESPECIFICADO	F89X
T.H.	TRANSTORNO HIPERCINÉTICO	F900, F901, F908, F909, R463
T.D.C.	TRANSTORNO DISSOCIAL DA CONDUTA	F910, F911, F912, F913, F918, F919
T.E.M.	TRANSTORNO EMOCIONAL MISTO	F920, F928, F929
T.E.I.E.I.	TRANSTORNO DAS EMOÇÕES COM INÍCIO ESPECÍFICO NA INFÂNCIA	F930, F931, F932, F933, F938, F939
T.C.I.H.I.A.	TRANSTORNO COMPORTAMENTAL COM INÍCIO HABITUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	F940, F942, F948, F949
T.T.N.E.	TRANSTORNO POR TIC, NÃO ESPECIFICADO	F959
O.T.E.C.	OUTROS TRANSTORNOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS QUE APARECEM HABITUALMENTE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	F988
T.E.C.N.E.	TRANSTORNOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS NÃO ESPECIFICADOS QUE APARECEM HABITUALMENTE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	F989

Fonte: a própria autora.

Tabela 6 - Descrição de 4 diagnósticos

Diagnóstico	Nome
F913	Transtorno Opositor Desafiador
F919	Transtorno de Conduta Não Especificado
R463	Hiperatividade
R480	Dislexia e Alexia

Fonte: a própria autora.

Em um primeiro momento foi verificado o total de consultas realizadas pela IPS no período de 2014 a 2016. Vale lembrar que um indivíduo pode ter realizado mais de uma consulta no período. Com esta ressalva, e considerando todas as idades desses registros, encontramos que foram realizadas 9.281 consultas, que se dividem conforme Gráfico 1, em que é possível apreciar que, no ano de 2014, se apresentou o dobro de consultas (com 4.401 atendimentos) quando comparado com o ano de 2015 ou 2016. Isto obedece, principalmente, a que, nos anos seguintes, a maioria das EPS tinham construído suas próprias clínicas e IPS, onde começaram a ser atendidos os seus afiliados, fazendo com que fossem cancelados ou não renovados os convênios que tinham com a instituição. Tal medida faz parte das estratégias de controle das cobrança de carteira, a contenção de custos e de um esquema de sustentabilidade das EPS em mãos de grandes monopólios da saúde privada no país, que conseguia também fazer estes esquemas graças a flexibilização do trabalho dos seus trabalhadores, os profissionais da saúde.

Gráfico 1 – Total de consultas todas as idades

Fonte: a própria autora.

Considerando que a faixa etária que interessa nesta tese corresponde a crianças entre as idades de 6 e 12 anos, foi verificado o quanto do total de consultas representa essa faixa etária. O número de 6.709 representa o total de consultas para essa faixa etária, o que significa aproximadamente 72% da base total. O Gráfico 2 apresenta a frequência absoluta por ano de atendimento e o ano de 2014 continua sendo o de maior incidência, com 3.196 consultas.

Gráfico 2 – Total de consultas de 6 a 12 anos

Fonte: a própria autora.

A Tabela 7 e o Gráfico 3 apresentam a frequência e a porcentagem das consultas realizadas por mês e por ano das crianças entre 6 e 12 anos – a partir daqui, todas as tabelas e gráficos correspondem a essa faixa etária. Nota-se que janeiro e dezembro são os meses com as mais baixas porcentagens para todos os anos, 6% ou menos das consultas ocorreram no mês de janeiro e 4% ou menos no mês de dezembro, período de férias de final do ano no país. O ano de 2014 apresenta a maior concentração de consultas em maio e julho, com 11% em cada. Já o ano de 2015 a maior concentração se dá em fevereiro e março, com 12% e 13%, respectivamente. No ano de 2016 há um grande pico no mês de maio, 17% (281 consultas), período de intensidade acadêmica nas escolas, por ser o momento das provas antes de iniciar as férias que encerram o calendário acadêmico, seguido pelo mês de abril, 13% (213 consultas).

Tabela 7 - Frequência e porcentagem das consultas por mês e ano

Ano	jan	fev	Mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
2014	202	309	296	334	356	250	346	168	257	296	299	83	3196
	6%	10%	9%	10%	11%	8%	11%	5%	8%	9%	9%	3%	100%
2015	87	218	236	214	159	121	137	113	164	167	168	82	1866
	5%	12%	13%	11%	9%	6%	7%	6%	9%	9%	9%	4%	100%
2016	83	157	128	213	281	156	151	121	141	97	87	32	1647
	5%	10%	8%	13%	17%	9%	9%	7%	9%	6%	5%	2%	100%
Total	372	684	660	761	796	527	634	402	562	560	554	197	6709
	6%	10%	10%	11%	12%	8%	9%	6%	8%	8%	8%	3%	100%

Fonte: a própria autora.

Gráfico 3 – Porcentagem de consultas/mês

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 4 apresenta a porcentagem das consultas de acordo com as 15 categorias de diagnósticos trazidas na Tabela 5. Verifica-se que a maior parte das consultas, 46%, foi diagnosticada como Transtorno de Habilidades Escolares / Problemas de aprendizado. Também vale notar as grandes porcentagens nos diagnósticos de Transtorno Hiperativo (20%), Transtornos Emocionais e Comportamentais Não Especificados (16%) e Transtorno Dissocial da Conduta (9%). Sobre o transtorno hiperativo, esclarecemos que os profissionais da instituição incluem nesta categoria o diagnóstico de hiperatividade, como também o de hiperquinesia. Observamos que este diagnóstico com relação à idade começa a se apresentar expressivamente nos 6 e 7 anos de idade, e decresce em conformidade com o aumento da idade das crianças. O que pensar em relação a isso? O DSM, entre as características do Diagnóstico

de Déficit de Atenção com ou sem comprometimento da atividade, afirma que esta é uma condição transitória que pode desaparecer. A estatística aqui apresentada não é uma comprovação da existência do TDAH e nem pretende negar que a atividade e a atenção sejam funções psíquicas susceptíveis de serem afetadas de forma negativa e deterioradas. A tabela alerta para a forma em que sistemas de saúde e de educação concebem a infância e seus comportamentos. Na medida em que a criança cresce e se aproxima da adolescência e, posteriormente, da idade adulta, sua conduta estará mais padronizada pela cultura por meio de muitas formas, sejam estas pela via da educação ou pela via do sometimento.

Gráfico 4 – Porcentagem consultas versus diagnóstico

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 5 e a Tabela 8 apresentam as porcentagens das consultas por diagnósticos e por ano. É interessante o fato de que o número de consultas diagnosticadas no grupo Transtorno de Habilidades Escolares diminuiu entre 2014 e 2016, indo de 48% para 42%. O mesmo comportamento ocorre no Transtorno Dissocial de Conduta, que vai de 12%, em 2014, para 3% em 2016. Já para o grupo Transtorno Emocionais e Comportamentais Não Especificados o efeito é o oposto. O número de diagnósticos nesse grupo aumenta entre os anos, indo de 10%, em 2014, para 23% em 2016. Na Tabela 4, também é apresentada a frequência absoluta dessas consultas.

Gráfico 5 – Consultas diagnósticos versus ano

Fonte: a própria autora.

Tabela 8 - Frequência e porcentagem das consultas por diagnóstico e ano

Diagnóstico	2014	2015	2016	Total
T.H.E./P.A.	1538 (48%)	856 (46%)	690 (42%)	3084 (46%)
T.E.D.F.M	15 (0%)	9 (0%)	33 (2%)	57 (1%)
T.M.E.D.	76 (2%)	13 (1%)	17 (1%)	106 (2%)
AUT	30 (1%)	27 (1%)	30 (2%)	87 (1%)
T.G.D.	49 (2%)	22 (1%)	4 (0%)	75 (1%)
O.T.D.P.	(0%)	(0%)	1 (0%)	1 (0%)
T.D.P.N.E.	(0%)	6 (0%)	4 (0%)	10 (0%)
T.H.	671 (21%)	334 (18%)	313 (19%)	1318 (20%)
T.D.C.	391 (12%)	141 (8%)	51 (3%)	583 (9%)
T.E.M.	54 (2%)	22 (1%)	21 (1%)	97 (1%)
T.E.I.E.I.	33 (1%)	48 (3%)	63 (4%)	144 (2%)
T.C.I.H.I.A.	22 (1%)	3 (0%)	(0%)	25 (0%)
T.T.N.E.	(0%)	(0%)	1 (0%)	1 (0%)
O.T.E.C.	12 (0%)	33 (2%)	35 (2%)	80 (1%)
T.E.C.N.E.	305 (10%)	352 (19%)	384 (23%)	1041 (16%)
Total	3196 (100%)	1866 (100%)	1647 (100%)	6709 (100%)

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 6 traz as informações sobre as consultas, incluindo a variável sexo junto ao ano de atendimento. Nota-se que em todos os anos a maior parte das consultas foi com pacientes do sexo masculino (72% em 2014, 65% em 2015 e 63% em 2016). Outro ponto interessante é que a porcentagem de atendimentos entre o sexo masculino diminuiu conforme os anos, já a porcentagem entre o sexo feminino aumentou, indo de 28%, em 2014, para 37% em 2016. Os números acima das barras representam a frequência absoluta em cada ano.

Gráfico 6 – Consultas por sexo e ano

Fonte: a própria autora.

A Tabela 9 e o Gráfico 7 traz a distribuição de consultas por sexo e diagnóstico. Alguns grupos de diagnósticos têm maior presença de consultas com pacientes masculinos, porém vale lembrar que aqui estamos olhando o total de consultas. Assim, um mesmo paciente pode aparecer mais de uma vez dentro do mesmo grupo. Nota-se que os grupos AUT (Autismo na Infância) e T.G.D. (Transtorno Generalizado de Desenvolvimento) são praticamente todos com consultas de pacientes do sexo masculino, com mais de 95%. Os grupos O.T.D.P. (Outros Transtornos de Desenvolvimento Psicológico) e T.T.N.E. (Transtorno por TIC, Não Especificado) tem apenas uma consulta realizada em cada nesse período, e em ambas essas únicas consultas foi do sexo masculino. Mesmo com poucas observações, os grupos T.E.D.F.M. (Transtorno Específico de Desenvolvimento da Função Motora) e T.C.I.H.I.A. (Transtorno Comportamental Iniciado Habitualmente na Infância e Adolescência) apresentam mais consultas com pacientes do sexo feminino. Foram 57 atendimentos dentro do grupo T.E.D.F.M. em que 57% são do sexo feminino e 25 atendimentos no T.C.I.H.I.A. em que 63% são desse

mesmo sexo. Em todos os demais grupos, os atendimentos são, em maior parte, de pacientes do sexo masculino. Porém, vale notar que, dentro dos grupos O.T.E.C (Outros Transtornos Emocionais e Comportamentais) e T.E.C.N.E. (Transtornos Emocionais e Comportamentais Não Especificados), a proporção de consultas com pacientes homens e mulheres são bem parecidas, com 51% e 49%, respectivamente, no grupo O.T.E.C e 55%, e 45% dentro do grupo T.E.C.N.E. Na Tabela 5, pode-se ver exatamente a frequência absoluta para cada porcentagem do Gráfico 7.

Gráfico 7 – Distribuição consultas: sexo e diagnóstico

Fonte: a própria autora.

Tabela 9 - Frequência e porcentagem das consultas por diagnóstico e sexo

Diagnóstico	F	M	Total
T.H.E./P.A.	1152 (37%)	1932 (63%)	3084 (100%)
T.E.D.F.M	30 (53%)	27 (47%)	57 (100%)
T.M.E.D.	19 (18%)	87 (82%)	106 (100%)
AUT	2 (2%)	85 (98%)	87 (100%)
T.G.D.	4 (5%)	71 (95%)	75 (100%)
O.T.D.P.	3.196 1 (0%)	1.866 1 (100%)	1.647 1 (100%)
T.D.P.N.E.	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)
T.H.	217 (16%)	1101 (84%)	1318 (100%)
T.D.C.	128 (22%)	455 (78%)	583 (100%)
T.E.M.	29 (30%)	68 (70%)	97 (100%)
T.E.I.E.I.	51 (35%)	93 (65%)	144 (100%)
T.C.I.H.I.A.	16 (64%)	9 (36%)	25 (100%)
T.T.N.E.	(0%)	1 (100%)	1 (100%)
O.T.E.C.	39 (49%)	41 (51%)	80 (100%)
T.E.C.N.E.	468 (45%)	573 (55%)	1041 (100%)
Total	2157 (32%)	4552 (68%)	6709 (100%)

Em um segundo momento, foi realizada a mesma análise descritiva, entretanto, considerando o total de pacientes, em vez do total de consultas.

Os Gráficos 8 e 9 trazem as informações do total de pacientes atendidos e a distribuição dos sexos.

Gráfico 8 e 9 – Total de pacientes e distribuição por sexo

Fonte: a própria autora.

Assim, vemos que, entre 2014 e 2016, foram atendidos 874 pacientes de 6 a 12 anos, totalizando 6.709 consultas. Desses pacientes, 29% eram do sexo feminino e 71% do sexo masculino.

O Gráfico 10 apresenta o total de pacientes por idade e o Gráfico 11 a distribuição desses pacientes por idade e sexo. Excepcionalmente, em ambos os gráficos, foram acrescentadas as

idades 4, 5, 13 e 14 anos, a fim de visualizar a concentração da faixa etária em estudo (6 a 12 anos).

Gráfico 10 – Total de pacientes por idade

Fonte: a própria autora.

Como se vê no Gráfico 10, as idades de 6, 7 e 8 anos são as que apresentam maior concentração, com o total de 480 pacientes, como explicamos, isso se dá em razão da passagem das crianças para o processo de escolarização formal, em que muitas delas podem apresentar dificuldades esperáveis do processo de adaptação, os quais são, muitas vezes, interpretados, tanto no setor educativo quanto no de saúde, como dificuldades individuais dos escolares. Também é interessante notar o salto da idade de 5 para 6 anos, indo de 91 para 165 pacientes. No Gráfico 11, vê-se a distribuição dos pacientes por sexo. A predominância do sexo masculino ocorre em todas as idades. Considerando a faixa de idade em estudo (6 a 12), é válido ressaltar que há um aumento do sexo feminino aos 9 anos.

É importante esclarecer que, segundo o Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE, a população infantil da cidade de Cali estava formada da seguinte maneira:

Tabela 10 - População infantil da cidade de Cali

Faixa etária	TOTAL DE CRIANÇAS		
	Total	Meninos	Meninas
0-4	168.784	85.936	82.848
5-9	187.163	94.956	92.207
10-14	194.232	97.948	96.284

Gráfico 11 – Pacientes por idade versus sexo

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 12 traz informações da porcentagem de pacientes por ano. Dos 874 pacientes, 47% foram atendidos em 2014. Dos 874 pacientes, 43% em 2015. E, dos mesmos 874, 32% foram atendidos em 2016, ou seja, vale ressaltar que, neste gráfico, se deve considerar os anos de forma individual, isto porque os pacientes podem se repetir entre os anos. Por exemplo, um paciente atendido em 2014 também pode ter sido atendido em 2016.

Gráfico 12 – Pacientes por ano

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 13 apresenta a porcentagem de crianças por cada grupo de diagnóstico. Aqui, também se deve considerar cada grupo individualmente, pois uma mesma criança pode ter sido diagnosticada em mais de um grupo. A maior parte das crianças foi diagnosticada com T.H.E., representando 54% do total de 874. O grupo T.H. vem em segundo lugar, com mais atendimentos, representando 35% do total, seguido pelo T.E.C.N.E., com 22%, e o grupo T.D.C. com 14%.

Gráfico 13 – Crianças em cada grupo diagnóstico

Fonte: a própria autora.

O Gráfico 14 contém a mesma informação do Gráfico 13, mas com a variável sexo adicionada. Dos 54% de pacientes com o diagnóstico T.H.E. descrito no Gráfico, 13, 37% são do sexo masculino e 17% do sexo feminino conforme o Gráfico 14. Dos 874 pacientes, o grupo T.H. apresenta 28% de homens e 7% de mulheres, o grupo T.E.C.N.E., 14% de homens e 8% de mulheres e o grupo T.D.C., por sua vez, apresenta 10% e 3% para homens e mulheres, respectivamente.

Gráfico 14 – Crianças por sexo em cada grupo de diagnóstico

Fonte: a própria autora.

Nos Gráficos 15 e 16 foi acrescentada a variável Área de Consulta Médica. Nota-se que as áreas médicas em que as crianças mais passaram foram a Psicologia, com 34% do total de crianças, seguida por Neuropsicologia e Neurologia Pediátrica, com 32% de atendimentos em cada serviço, enquanto a Terapia Ocupacional teve 27%. Destacamos que, de acordo com o funcionamento do programa, em muitos dos casos, uma mesma criança pode ter sido atendida em mais de uma área. Analisando essa informação por sexo, vê-se no Gráfico 16 que os meninos são atendidos principalmente no serviço de Neurologia Pediátrica (26%).

Neuropsicologia (23%), Psicologia (22%) e Terapia Ocupacional (19%) representam também cifras importantes dentro dos atendimentos. Em relação às meninas, as áreas com mais atendimentos são as mesmas, porém numa ordem diferente: Psicologia (11%), Neuropsicologia (9%), Terapia Ocupacional (8%) e Neurologia Pediátrica (6%).

Gráfico 15 – Crianças por área de consulta

Fonte: a própria autora.

Gráfico 16 – Crianças por área de consulta: sexo

Fonte: a própria autora.

Quatro diagnósticos, em específico, foram extraídos dos grupos de diagnósticos para uma análise individual, são eles: F913 (Transtorno Opositor Desafiador), F919 (Transtorno de Conduta, Não Especificado), R463 (Hiperatividade) e R480 (Dislexia e Alexia). O Gráfico 17 apresenta as porcentagens de pacientes dentro de cada diagnóstico e a Tabela 9 a porcentagem e frequência, por sexo, dentro de cada diagnóstico. Das 874 crianças, 16% apresenta diagnóstico de Hiperatividade e 13% desse total apresenta o diagnóstico de Transtorno de Conduta (ver Gráfico 17). Dentro desses diagnósticos, a maior parte continua sendo do sexo masculino, conforme mostra a Tabela 6. Pode-se ver que 124 meninos (14%) apresentam Hiperatividade,

enquanto apenas 20 meninas (2% dos pacientes) apresentam esse mesmo diagnóstico. Em relação ao Transtorno de Conduta, 10% são meninos (86 pacientes) e 3% meninas (28 pacientes).

Gráfico 17 – Porcentagem: pacientes versus diagnósticos

Fonte: a própria autora.

Tabela 11 - Porcentagem e frequência dos pacientes por sexo em cada diagnóstico

Diagnóstico	F	M	Total
F913	1 (0,1%)	3 (0,3%)	4 (0,5%)
F919	28 (3%)	86 (10%)	114 (13%)
R463	20 (2%)	124 (14%)	144 (16%)
R480	7 (1%)	8 (1%)	15 (2%)

Fonte: a própria autora.

5.3. O que revelam os prontuários de atendimento em saúde sobre as questões escolares?

Nesta subseção, apresentamos as vozes dos profissionais expressas nos prontuários de atendimento analisados, trouxemos apenas um, em função de sua extensão, para conhecimento do leitor no Anexo 1. Foram analisados 30 prontuários correspondentes aos anos 2014, 2015 e 2016, optamos por analisar 10 de cada ano, obedecendo aos seguintes critérios: *a)* prontuários que corresponderem aos principais diagnósticos atendidos pelo Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem, assim foi importante e necessária uma organização parcial inicial da base de dados RIPS da instituição; *b)* prontuários de atendimento de crianças

entre 6 a 12 anos de idade, entendendo a partir do referencial teórico adotado nesta tese, que, geralmente, pela organização do sistema educacional do país, nesta faixa de idade, a maior parte das crianças transita da Educação Infantil para se tornar uma criança escolar, momento de importantes mudanças na situação social do desenvolvimento e da construção da personalidade do escolar, de acordo com as proposições do Enfoque Histórico Cultural na perspectiva de Vigotsky e Bozhovich.

Quanto aos prontuários de atendimento, gostaríamos de destacar que, nesta IPS, em particular, trata-se de documentos geralmente muito extensos, pois eles não contam com um formato de ficha de triagem. O prontuário está estruturado em forma de relato livre do profissional, de modo que eles coloquem os motivos de consulta. Relato que destaca os aspectos que chamam a atenção do profissional sobre o caso, uma impressão diagnóstica, enquadramento e desdobramentos do processo terapêutico. Por outro lado, a grande maioria deles inicia pela avaliação neuropsicológica ampliada, carro chefe da maioria das intervenções.

O prontuário de atendimento, como já dito, é uma sistematização e extensão das explicações dos profissionais que atendem as crianças, sendo uma voz escrita, em que as informações que encontramos podiam variar quanto à qualidade. Contudo, o que encontramos quando nos debruçamos sobre a qualidade do seu preenchimento foi:

- constantes erros nos nomes das crianças. No caso da avaliação da neuropsicologia é muito frequente encontrar esse tipo de erro/equívoco ao longo do relatório, por exemplo, vê-se mencionando o nome de uma outra criança, nome este que não corresponde à criança que está sendo avaliada;
- divergências na idade informada pelos diferentes profissionais dos serviços, situação que devíamos esclarecer a partir da data de nascimento, informação que é geralmente registrada no prontuário pelas secretárias do serviço que fazem a abertura do prontuário no sistema e registram informações, como nome completo do paciente, data de nascimento, endereço, bem como informações sobre afiliação privada ou pública às EPS das quais falamos no capítulo 4 *Sobre a Política de Saúde e Saúde Mental na Colômbia*.
- quanto aos diagnósticos, encontramos uma multiplicidade de nomenclaturas diagnósticas no mesmo prontuário, com recorrentes ambiguidades, aspecto que explanaremos mais adiante;
- inexistência de registros sobre as sessões de trabalho terapêutico realizados com as crianças, aspecto que verificamos quando encontrávamos a abertura da data no

sistema e o nome do profissional sem qualquer outra informação correspondente ao trabalho terapêutico do dia;

- sendo prontuários eletrônicos, encontramos, de forma recorrente, registros idênticos dentro do mesmo prontuário da criança e em datas diferentes, o que nos levou a pensar em processos de “cópia e cola” de um registro para outro, sem que houvesse um processo de reflexão sobre o trabalho, o que impossibilitaria a avaliação de avanços ou não da situação do paciente;
- dificuldades para entender as anotações, as quais, muitas vezes, não permitiam compreender questões da criança ou do processo como um todo, com informações pouco precisas, falta de clareza, utilização de uma linguagem cifrada, expressa no uso recorrente de jargões e evidentes problemas na redação;
- o motivo do encaminhamento, em muitos dos prontuários, não era uma informação evidenciada na abertura do prontuário, dificultando a identificação de um elemento importante para quem se orienta pelas informações do prontuário.
- inexistência de informações sobre os motivos de encerramento e alta, faltas ou desistência dos pacientes do processo, aspectos identificados pela data de início, quando o paciente foi recepcionado pela instituição, e pela data final em que não foi encontrado registro algum que desse.
- identificamos ainda que, profissionais que atendem uma criança passam semanas e até vários meses sem escrever absolutamente nada sobre o trabalho que realizam, embora continuem atendendo sistematicamente a criança.

A maior parte dos prontuários analisados nesta tese contém avaliações neuropsicológicas que tornam os prontuários não necessariamente ricos em informações qualitativamente diferenciadas para compor um diagnóstico explicativo sobre a situação do paciente, mas sem dúvida, fazem de cada prontuário um documento extenso, oscilando entre 25 e 150 páginas. Deste modo, a organização dos prontuários em categorias de análise demandou um trabalho cuidadoso, criterioso e demorado, um serviço que durou vários meses, pois realizou-se leitura na íntegra de cada um, com frequentes idas e voltas nas informações para esclarecermos as dúvidas que surgiam do próprio preenchimento do prontuário, para, finalmente, organizar cada uma das informações conforme aspectos que interessavam na análise de nosso estudo. Desse modo, tal organização nos permitiu encontrar quatro categorias de análise, as quais podemos apreciar em detalhes no Apêndice 3 desta tese.

Assim sendo, as categorias identificadas nos prontuários, e que serão explicitadas mais adiante, foram: *a) Caracterização da demanda*: Os elementos que nos permitiram sistematizar as informações nesta categoria foram: Sexo, idade, nível de escolarização; motivo do encaminhamento; duração do processo de atendimento terapêutico; e as categorias diagnósticas que se derivaram dos atendimentos desde o primeiro contato da criança com a instituição escolar e no decorrer do processo de atendimento. *b) Natureza do diagnóstico*: as informações extraídas dos prontuários e presentes nesta categoria correspondem aos diagnósticos recebidos pela criança do início ao fim do processo de atendimento, bem como os instrumentos ou estratégias de diagnóstico utilizados. *c) Natureza da Intervenção*: em que foram organizadas informações referentes à ênfase das informações registradas; o plano de intervenção traçado por cada uma das áreas que atendeu a criança; os resultados e desdobramentos das intervenções realizadas pelos profissionais. *d) Concepções subjacentes*: partimos do mesmo conjunto de informações presentes na anterior categoria, motivo pelo qual consideramos existir uma relação intrínseca entre a forma em que o profissional entende a demanda, a avaliação do próprio profissional sobre os resultados terapêuticos obtidos a partir da sua intervenção, desdobrando na manutenção destas ou, ao contrário, no ajuste, ou mudanças das mesmas.

Neste sentido, entendemos que a forma como o profissional se aproxima do problema (seja pela via de testes, anamneses, entrevista clínica, encontro de versões, reconstrução social do desenvolvimento, entre outras), assim como as conclusões a que se chega com este tipo de aproximação e as intervenções que se propõe a realizar em determinado problema, carrega uma orientação teórica sobre o que ele entende por desenvolvimento, aprendizagem e dificuldades que possam se apresentar nos aspectos constituintes da personalidade e do desenvolvimento global da criança.

5.3.1. *Caracterização da demanda*

A demanda recebida pela instituição analisada é caracterizada a partir de elementos como idade, sexo, nível de escolarização e motivos do encaminhamento, tal como podemos observar no Quadro nº1 do Apêndice 3, e, a partir do qual, destacamos os seguintes gráficos.

Com relação à distribuição de idade das crianças nos prontuários, foram analisados 3 prontuários de crianças com 5 anos de idade; 6 com 6 anos de idade; 7 com 7 anos de idade; 7 com 8 anos de idade; 3 com 9 anos; 2 com 10 anos; e 2 com 11 anos de idade tal como podemos observar no Gráfico 18:

Gráfico 18 – Pacientes por idade

Fonte: a própria autora.

Sobre o intervalo das idades das crianças que compõem o grupo dos prontuários analisados, gostaríamos de esclarecer que, embora o nosso critério de seleção fosse de 6 a 12 anos de idade, as três crianças com 5 anos tinham completado 6 anos no momento em que iniciamos o estudo. Como verificamos posteriormente na descrição do prontuário destas três crianças especificamente, elas foram encaminhadas pela escola para a instituição de saúde no momento em que ainda cursavam a Educação Infantil.

Com relação ao sexo das crianças nos prontuários e, como podemos observar, no Gráfico, 19, 10 (33%) dos 30 prontuários avaliados correspondem a crianças de sexo feminino, enquanto 20 (67%) correspondem a crianças do sexo masculino.

Gráfico 19 – Distribuição por sexo

Fonte: a própria autora.

Consideramos importante fazer uma relação de idade versus sexo, tal como apresentamos na Tabela 12, na qual indicamos que, da seleção inicial por categorias diagnósticas, a distribuição por idade nos prontuários correspondem majoritariamente a crianças entre 6, 7 e 8 anos, sendo que a maior parte corresponde aos meninos, exceto na idade de 9 anos.

Tabela 12 - Porcentagens e frequência das crianças por sexo e idade

Idade	F	M	Total
5 anos	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)
6 anos	2 (33%)	4 (67%)	6 (100%)
7 anos	2 (29%)	5 (71%)	7 (100%)
8 anos	3 (43%)	4 (57%)	7 (100%)
9 anos	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)
10 anos	(0%)	2 (100%)	2 (100%)
11 anos	(0%)	2 (100%)	2 (100%)
Total	10 (33%)	20 (67%)	30 (100%)

Fonte: a própria autora.

Sobre as informações apresentadas acima, em que podemos identificar uma concentração maior de diagnósticos sobre “transtornos” que dizem respeito “às habilidades escolares” ou aos “distúrbios no comportamento” em crianças com idades entre 6 e 7 anos, refletimos a respeito da semelhança com os resultados de pesquisas realizadas pelo LIEPPE sobre este mesmo tema.

O que nos leva a pensar na transição das crianças da educação pré-escolar para a escolarização, tendo na alfabetização conteúdos novos e uma rotina qualitativamente distinta

daquela vivida no pré-escolar, aspecto que a partir da periodização proposta por Vigotsky, Bozhovich e Elkonin, como analisamos no primeiro capítulo desta tese, implica em uma riqueza de novos elementos que provocarão um novo posicionamento da criança diante da realidade, em razão de dois elementos fundamentais que retomamos aqui: 1) o acesso a novos conhecimentos curriculares e ao trabalho intelectual exigido nesta etapa da escolarização, podendo este implicar dificuldades para algumas crianças em decorrência do que foi constituído no seu desenvolvimento na etapa pré-escolar, inclusive no nível das vivências; 2) o significado que começa a ser atribuído a suas vivências e próprios sentimentos como “estar alegre”, “estar triste”, “ter raiva”, “ser bom”, “ser mau”. Deste modo, aspectos para os quais o conhecimento da dialética da aprendizagem e do desenvolvimento deveriam permitir ao professor estar preparado para tais dificuldades e assumi-las como parte do processo de escolarização. Desta maneira, está em jogo a formação do professor, bem como a concepção de desenvolvimento e educação que orienta a organização da escola e das políticas públicas na educação.

Isto também explicaria o “pico” que se apresenta entre os 7 e 8 anos, começando a decrescer nos 9 anos, momento em que, como vimos no subcapítulo 4.1.1, sobre a organização curricular na Colômbia (Ver tabela 3), nestas idades acontece a passagem das crianças pelos 1º, 2º, e 3º anos do Ensino Fundamental 1. Neste último ano, por exemplo, a consolidação e apropriação das operações básicas matemáticas, com destaque para a multiplicação, resulta em uma etapa desafiadora.

Observamos, por meio dos prontuários, que os motivos pelos quais as crianças são deslocadas do espaço escolar para o da saúde dividem-se em dois grandes grupos. *a) rendimento escolar* - associados, geralmente, aos problemas de aprendizagem e a uma certa dificuldade de prestar atenção; e *b) comportamento* - associados, geralmente, a problemas com as normas e a uma suposta “agressividade”. No que concerne ao primeiro, o grupo *a*, que diz respeito ao rendimento escolar ou problemas de aprendizagem, encontramos as seguintes expressões: “rendimento escolar insatisfatório”; “encaminhado por Psicóloga da Escola, porque apreende muito rápido, mas esquece tudo”; “incomoda, se levanta do seu lugar, corre, trepa, dificuldade para relaxar, está continuamente em marcha, interrompe conversas e tolera mal as frustrações”; “encaminhado pela escola por problemas de rendimento escolar e problemas de comportamento”; “vai mal na escola”; “bom desempenho escolar, com exceção de matemáticas”; “não aprende”; “não vai passar de ano na escola, lê muito mal, não sabe fazer adição”; “suas produções são ricas em conteúdo, mas têm alguns erros de escrita; confusão de *b* por *d*, dificuldade para uso de sílabas diretas e inversas *an*, *al*, *la*”; “dificuldades marcadas

em processo de leitura e escrita”; “lê silabicamente, [faz] adições e subtrações, tem valoração das funções cognitivas superiores por Neuropsicologia e são normais”; “precisa de estimulação nas habilidades da aprendizagem”; “dificuldade de aprendizagem e de comportamento na escola”; “vai bem [na escola], mas há que estar acima” (sugerindo que a criança precisa de acompanhamento constante); “não escreve bem”.

Como vemos, todas as falas e adjetivações se relacionam às exigências que as crianças recebem referentes ao domínio de conteúdos próprios da alfabetização, como realizar adições, subtrações, dominar a leitura e a escrita. Assim, observa-se que a análise do rendimento escolar das crianças encaminhadas sinaliza como problema, o que corresponde a um processo que está em curso e que depende da qualidade do desenvolvimento que elas tiveram na Educação Infantil. Ademais, o encaminhamento para a saúde também revela a dificuldade da escola em cumprir com o seu papel de alfabetizar, atividade própria desse momento.

Chama a atenção que no prontuário em que se destaca uma avaliação favorável das funções cognitivas da criança o que demonstraria a não existência de uma incapacidade por parte dela para se apropriar dos conteúdos da alfabetização, as dificuldades no processo da leitura sejam apontadas como pertencentes a ela e não ao processo de escolarização orientado pela escola. De fato, neste prontuário como nos demais, não aparecem informações que se descrevam ou sequer mencionem as condições em que a alfabetização ocorre.

No que tange ao **comportamento**, pudemos organizar a partir dos dados dos prontuários que existem três grandes geradores do encaminhamento em razão da maneira em que criança se comporta ou se expressa no ambiente escolar. Assim encontramos aspectos relacionados com:

1) **maneiras em que a criança se relaciona com normas da escola:** “A Profa. diz que sou muito inquieto”; “Criança problema da turma”; “encaminhada por Rebeldia”; “por não seguir normas e não colaborar em aula”, “quer brincar toda hora”, “Problema de comportamento”; “joga com bonequinhos”; “não é agressivo, é infantil, joga com bonequinhos”; “se opõe à figura de autoridade e a desafia, “faz ruídos com a boca durante as classes”; “Muito tímida, o que dificulta seu processo de expressão”; “dificuldades para acatar normas”; “é agressivo, trata de beijar as meninas pela força”, “Problemas no comportamento em ambiente escolar”; “não segue ordens”; “Problemas de comportamento no ambiente escolar e na instituição de proteção”.

Sendo este o fator que retira a criança do ambiente escolar para levá-lo até o consultório dos especialistas em saúde, não é descrito nos prontuários, o tipo de norma que a criança transgrede nem o contexto da situação em que isso acontece.

2) **às emoções que a criança expressa no ambiente escolar** que oscilam entre um tipo de “agressividade” e uma “ausência de expressividade”. Assim sendo, encontramos os seguintes motivos para o encaminhamento: “condutas agressivas, reage com choro, se altera e agride a companheiros e professora”; “as falências estão no aspecto emocional[...]” “tem conflitos com os colegas da sala”; “respostas agressivas ante dificuldades no contexto”; “muita ansiedade”; “Apresenta dificuldades para controle de suas emoções, pouca tolerância à frustração”; “Muito solitário, se relaciona pouco com pessoas fora do seu grupo social”; “não sorri”; “suas emoções não tem gestualidade”

3) **a atenção** que estaria relacionada a uma espécie de desatenção ou desmotivação da criança perante as atividades propostas. Assim encontramos: “dificuldades em permanecer numa atividade”; “se dispersa de maneira continua”; “dispersa[...] muita ansiedade”; “perde os materiais escolares”; “Mãe refere que o menino sempre teve problemas no âmbito escolar: atenção, concentração”; Sobre uma criança que quando ingressou ao programa contava com quatro anos e se encontrava na Educação Infantil: “não presta atenção, só quer brincar”. Sobre este aspecto, não encontramos descrição sobre o tipo de atividades em que tal desatenção aconteceria, chamando nossa atenção neste ponto, que várias das crianças nas que foi feita esta observação demonstravam ter um bom desempenho acadêmico.

Desta forma, o conjunto de enunciações apresentadas acima trazem de maneira explícita e pontual os motivos pelos quais a educação solicita a intervenção da saúde, sendo que, elementos sobre o desempenho escolar, o ir mal na escola e o não seguir ordens constituem reclamações transversais a quase todos os prontuários analisados. No geral, trata-se de um conjunto de aspectos que configuram a possibilidade de fracasso ainda no início da vida escolar das crianças.

Por trás de cada encaminhamento também se explicita uma expectativa ou pedido por parte da escola. Espera-se, deste modo, uma prescrição por parte da área médica de intervenções que auxiliem a escola na sua função educativa. Se requer como bem diz umas das demandas citadas: “uma estimulação das habilidades”; a resolução das dificuldades enfrentadas pela criança decorrentes do processo de aquisição da leitura e da escrita, lembrando que o maior número de encaminhamentos está concentrado nas crianças entre 6 e 8 anos de idade cursando

os primeiros anos do Ensino Fundamental 1. Por outra parte demandas feitas pela escola à saúde para que a criança se adapte as condições do ambiente escolar.

Temos como resposta do modelo em saúde, a acolhida não propriamente das demandas e necessidades da criança e sim dos pedidos da escola, aspectos que foi possível identificar no próprio preenchimento do prontuário. Neles há ausência tanto no primeiro contato com o acompanhante da criança, como no registro de sessões posteriores, de informações que demonstrem o interesse por parte do profissional da saúde por realizar uma reconstrução do universo escolar em que a criança está inserida e onde está sendo levantada a queixa. Não cabe dúvida de que há um problema emergente que a criança manifesta. Não obstante, percebemos em aspectos trazidos nos prontuários e negligenciados pelos profissionais que, por trás da aparência daquela manifestação, existem explicações possíveis que não iniciam, não terminam e não se resolvem exclusivamente na criança. Deste modo, é notória a assimetria entre a abundância de informações referentes a antecedentes pré-natais, parto, engatinhar, falar e outros elementos, (sem dúvida, importantes para reconstruir a dinâmica histórica do desenvolvimento de uma criança), em contra partida, observamos a pobreza ou inexistência de informações dos aspectos próprios do processo escolar da criança, como do contexto de relações sociais na escola onde a criança está inserida e onde está sendo gerada a queixa e a demanda por atendimento.

Deste modo, a leitura que se realiza sobre os problemas apresentados na escolarização não são tidos como tais, ou seja, não são considerados como problemas que surgem numa relação histórica e socialmente constituída da que a escola também participa. De fato, constatamos que a depender do profissional que atendia a criança pela primeira vez, em muitos prontuários sequer era perguntado o ano escolar que a criança cursava, aspecto que só era sabido três ou quatro sessões após do início do processo terapêutico.

Por último, destacamos um elemento mencionado no início da análise desta categoria, sobre o levantamento de queixas em 3 das crianças dos prontuários, cuja idade ao início do atendimento era de 5 anos, momento em que elas ainda cursavam a Educação Pré-escolar ou Infantil. As adjetivações e reclamações no caso destas crianças se relacionavam, explicitamente, a um estranhamento quanto ao desejo delas por brincar, aspecto que nos remete à discussão que apresentávamos no capítulo 1 desta tese, sobre os objetivos da Educação Infantil e a atividade reitora deste momento inclusive, dentro da organização do ensino neste período. A partir dos estudos de Leontiev (1978) entendemos que a idade pré-escolar ou infância pré-escolar que estaria compreendida entre 3 e 7 anos de idade, a atividade principal ou reitora é o jogo ou o

brincar. No esquema de periodização proposto por Elkonin entendemos que o período da Educação Infantil ou período pré-escolar, como fase preparatória para a escolarização, o ensino promotor do desenvolvimento da criança se configura a partir do brincar, sendo o jogo a atividade reitora neste momento. Em Bozhovich (1987) que segue os trabalhos de Elkonin (1960), encontramos um reconhecimento da preparação da criança na pré-escola a partir da atividade de jogo e por último em Vigotsky (1933, 1996) de quem se desprendem as concepções dos autores acima mencionados, temos que o jogo é considerado atividade com potencial para a formação da ZDP, portanto, do desenvolvimento e da aprendizagem quando organizado em função de um objetivo pedagógico. Vigotsky aponta para o caráter central do jogo na vida da criança, subsumindo e indo além, das funções de exercício funcional, de seu valor expressivo, de seu caráter elaborativo, etc. Em segundo lugar, o jogo parece estar caracterizado em Vigotsky, como uma das maneiras da criança participar da cultura, é sua atividade cultural típica, como posteriormente, o trabalho será para o adulto. Ou seja, segundo a dimensão que seja outorgada, o jogo resulta uma atividade cultural e de apropriação da cultura. Assim sendo, e conforme Bozhovich, as brincadeiras no pré-escolar passam a ser oportunidade privilegiada tanto para o adulto quanto para a criança, para que esta última compreenda o sentido das brincadeiras e dentro delas a dinâmica de regras. Desse modo, identificamos nos prontuários, por um lado, que a orientação teórica do profissional na educação que produz a queixa escolar desqualifica o objetivo desta atividade como parte do ensino neste período, pelo outro, os profissionais da saúde, quando não esclarecem para a educação este aspecto e terminam por atender a queixa no ambiente do consultório, reforçam o entendimento inadequado e patológico não só do comportamento da criança, quanto da necessidade de que tal atividade aconteça para o seu desenvolvimento e para a preparação para a vida escolar futura. A partir dos autores mencionados poderíamos afirmar que o conjunto de dados sinalizam que a escola não cumpre sua função considerando a concepção de desenvolvimento humano explicitada, ao tempo em que os professores que encaminham assumem outras concepções de desenvolvimento o que não constitui como objetivo desta tese.

Guardando estreita relação com este aspecto, vemos nos prontuários uma recorrente expectativa vivida pelos adultos no ambiente escolar, para que a criança obedeça a normatividade escolar. Desta forma entendemos que a desobediência da criança se constitui como um problema que a escola não consegue resolver, sendo assim o encaminhamento configura na nossa visão, uma incapacidade da escola e não uma incapacidade da criança. Amparados no entendimento das normas como condição organizativa da vida e da constituição

ontogenética⁶⁹ do indivíduo, nos perguntamos: *qual o entendimento dos professores sobre o papel da educação e da escola nessa constituição e como ela ajuda ou não na introdução da criança na norma*. Ou seja, qual a importância que o setor educativo concede ao seu próprio papel na desnaturalização e restituição de processos histórico, sociais e finalmente políticos como o ajudar à criança na constituição de seu próprio autodomínio, do próprio controle de sua atenção, de sua memória e de sua própria conduta no ambiente de relações sociais. Ao nosso ver, esse é o caráter que também guardam as interacciones adulto-criança nos contextos de ensino colaborativos, onde o outro mais experiente ajuda à criança a se introduzir e lidar com as normas num espaço novo para ele, principalmente quando como neste caso, estamos falando de crianças nos primeiros anos de sua escolarização.

5.3.2. *A natureza do diagnóstico*

Quanto à natureza do diagnóstico, apontamos dois elementos que se relacionam entre si; o primeiro, refere-se a forma como é realizado o processo de avaliação neste modelo de atendimento e, o segundo, às conclusões que dele derivam, na qualidade de uma categoria nosográfica⁷⁰ denominada diagnóstico.

No que tange à natureza do processo de avaliação, encontramos que, em 29 dos 30 prontuários, os profissionais (todos) utilizaram a entrevista clínica como parte do processo avaliativo para concluir uma categoria nosográfica; salvaguardando alguns dos profissionais que também utilizavam técnicas de psicodiagnóstico (testes psicológicos, protocolos, dentre outros).

Ressaltamos que, para a avaliação de metade das crianças, foram utilizados os seguintes instrumentos avaliativos: Avaliação Neuropsicológica Infantil (*Evaluación Neuropsicológica Infantil-ENI*)⁷¹; Figura complexa de Rey-Osterrieth⁷², Teste de Nomeação Boston-TNB

⁶⁹ Entendida, nesta tese como o processo em que o indivíduo se constitui em sujeito como ser social.

⁷⁰ Entendendo por categoria nosográfica a classificação metódica das doenças de acordo com o DSM e o CID10.

⁷¹ Compreende as seguintes seções: atenção, habilidades construtivas, memória de codificação, habilidades perceptuais, memória de evocação, linguagem, habilidades metalingüísticas, leitura, escrita, aritmética, habilidades espaciais, habilidades conceptuais e funções executivas "habilidades cognitivas necessárias para realizar comportamentos complexos dirigidos para determinado objetivo e a capacidade adaptativa às diversas demandas e mudanças ambientais" (LORING, 1999, p. 64).

⁷² É uma avaliação neuropsicológica, em que se pede aos examinandos que reproduzam um desenho de linha complicado, primeiro copiando-o à mão livre e depois desenhando-o, apenas utilizando a memória. Pode ser

(Boston Naming Test – BNT)⁷³, Prova das Fichas⁷⁴, Provas de fluidez verbal⁷⁵ e Escala de Memória de Wechsler⁷⁶.

Com relação à utilização de testes como o Weschler, por exemplo, observamos que foi apontado, reiteradamente, nos resultados de várias crianças, “rendimento muito baixo nos subtestes”, denotando “uma média inferior para a idade cronológica da criança”. Porém, os longos processos vividos pelas crianças nos atendimentos e o desempenho delas nas atividades lúdicas, nas atividades de circuitos motores, em que a maioria se mostrava altamente competitiva, o bom desempenho em atividades que envolviam aspectos intelectuais acadêmicos, como a leitura, a escrita e o cálculo matemático, fez com que os profissionais revisassem as suas análises e considerassem que a capacidade intelectual e cognitiva dessas crianças estava muito além daquela indicada pelo teste de inteligência. No entanto, o que constatamos, por meio dos prontuários, é que, em razão desse psicodiagnóstico, desse primeiro resultado e de uma triagem que, por sinal, não esclarece o motivo do encaminhamento e da queixa da escola, a maioria destas crianças, acaba carregando um diagnóstico que oferece falsas explicações para a escola e marca de forma indefectível a história escolar dessas crianças.

Na maioria destes casos, em que foram utilizados testes de inteligência, observamos, também, que elas apresentam histórias escolares muito conflitantes, muitas delas com episódios de violência em idades precoces, como o caso de uma criança que, com 2 anos e meio de idade, ingressou na Educação Infantil sem ter apresentado, naquele momento, dificuldade alguma, até o dia em que foi trancafiado em um quarto da escola por ter feito cocô na roupa. A respeito disso, o registro no prontuário traz a fala da mãe com relação a esse episódio: “virou um chorão

utilizada para avaliar memória visual, habilidade viso-espacial e algumas funções de planejamento e execução de ações (LEZAK, 1995; OLIVEIRA, RIGONI, ANDRETTA E MORAES, 2004).

⁷³ Um dos testes mais frequentemente utilizados para avaliar a capacidade de nomeação por confrontação visual. No caso de indivíduos pouco escolarizados ou com lesões cerebrais, corre-se o risco de considerar déficit o que na realidade é desconhecimento ou privação cultural. (MANSUR; RADANOVIC; ARAÚJO; TAQUEMORI, L.Y; GRECO, 2006).

⁷⁴ Prova piagetiana clássica a respeito da conservação das quantidades descontínuas (ou discretas), conhecida também como prova das fichas.

⁷⁵ O teste de fluência verbal (TFV) é um dos mais utilizados na área de neurolinguística e neuropsicologia. Análises apontam que “o conceito de fluência parece sustentar-se mais pela perspectiva da produtividade linguística do que pela compreensão das vias que possibilitam tal produtividade. Observa-se, ainda, a ocorrência de uma mudança conceitual em que a fluência deixa de ser considerada como um fator de inteligência isolado para ser uma tarefa pela qual se mobilizam outras atividades cognitivas como memória, atenção, vocabulário, dentre outras. Nesse sentido, desloca-se a avaliação da fluência linguística para uma avaliação da fluência cognitiva por meio da produção verbal”. (DOS SANTOS; SANTANA, 2015).

⁷⁶ Concebida para proporcionar informação às avaliações clínicas gerais e às avaliações neuropsicológicas, bem como no âmbito da reabilitação. Utilizada no diagnóstico e identificação de disfunções da memória; identificação precoce de demências e condições degenerativas. (WESCHLER, 1987).

e não quis voltar à escola. Só voltou depois, com 5 anos de idade”. Quando esta criança, em particular, iniciou o atendimento na IPS, ela estava com 8 anos de idade. O encaminhamento deu-se em razão de:

[Ir] bem na escola, mas [precisar] de muita orientação. Estas dificuldades geram alteração de convivência na escola e é por isso que é encaminhado a terapias. (Prontuário de atendimento no. 27 Registro da psiquiátra)

Ao longo do seu atendimento na IPS, esta criança recebeu cinco diagnósticos diferentes, dentre eles: transtorno hiperkinético não especificado (F909) e Outros transtornos mistos da conduta e das emoções (F928) por parte da psiquiátra; transtorno da conduta não especificado (F919), que lhe foi outorgado pela psicóloga e a assistente social do programa; transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (F989) e transtorno misto das habilidades escolares (F813), diagnósticos estes que foram outorgados pela psicóloga do programa.

Neste caso, como em muitos outros que analisamos, as intervenções se baseiam nas informações do momento atual “avaliado” pelo teste; nas manifestações da criança no presente; em alguns dados sobre o histórico do nascimento da criança; em alguns dados sobre sua família. Entretanto, não há **nenhuma** informação que faça a retomada da história e do percurso da criança na escola. No caso que mencionamos, por exemplo, que representa um ato de violência tão severo, a história escolar da criança foi apresentada na consulta de triagem e esquecida ao longo do processo. De fato, qualquer dificuldade vivenciada na escola pela criança não foi associada a este e a outros fatores referentes à inserção e ao acolhimento desta no mundo escolar. Pelo contrário, as hipóteses levantadas pelos profissionais, desconexas umas das outras, são baseadas na afirmação de que a criança tem um problema emocional ou psicológico associado à história familiar e, deste modo, o universo escolar foi abandonado.

Outros processos avaliativos incluíram: check list para identificação de TDAH aplicado em um caso; Electroencefalograma (EEG), solicitado para três crianças com antecedentes de atividade epilética; entrevistas psiquiátricas, realizadas com seis crianças; Test de Schilder ou de balanceamento, realizado com uma criança; e, por fim, um dos prontuários não descrevia o tipo de avaliação ou técnicas utilizadas. Destacamos que os recursos avaliativos, entre os quais estão o EEG e os testes psicológicos, são de grande utilidade, quando usados para consolidar um entendimento da situação vivenciada pela criança, de modo a contribuir com informações para o planejamento da intervenção e, conseqüentemente, a resolução da problemática na lógica de um diagnóstico explicativo (ARIAS, 1999, 2001; CALEJON; ARIAS, 2002). Quando

usados sem ter este horizonte, seu uso tende a naturalizar o fenômeno psicológico, enfatizando apenas a dimensão biológica e, portanto, negando as dimensões sociais e históricas que constituem o desenvolvimento da criança em atendimento. Neste sentido, afirmamos que a totalidade dos prontuários carece de informações explicativas sobre como se produz o processo de educação na criança, bem como as características do contexto de suas relações sociais e interpessoais. Se entendemos que a educação produz o desenvolvimento, a aplicação dos testes na perspectiva encontrada nos prontuários analisados é incapaz de oferecer por si só informações acerca da qualidade que produz tal desenvolvimento.

Por fim, quanto às conclusões que derivam do diagnóstico e que apontam para uma categoria nosográfica, podemos mencionar: deficits, distúrbios, transtornos, etc., que terminam por revelar, simplesmente, que tais condições são causas do não aprendizado da criança **na escola**. Como pudemos constatar em muitos dos prontuários, os profissionais destacam o bom desempenho da criança nas sessões terapêuticas e demonstram as imensas possibilidades delas em se apropriarem de conteúdos como a leitura e a escrita, é o que se evidencia nos trechos a seguir:

se apreciam conquistas importantes no amadurecimento e desempenho do código escrito, levando em conta seu nível escolar. (Prontuário no. 25 Registro da Terapeuta Ocupacional)

[...] registra avanços significativos em código leitor e de escrita. (Prontuário no. 16. Registro de Fonoaudióloga)

Em casos em que os encaminhamentos se relacionam à indisciplina da criança encontramos:

[...] incrementa respostas e habilidades sociais, melhora as respostas frente à demanda dos outros (Prontuário no. 17 Registro da Psiquiatra)

Requiere acompanhamento constante, mas não desiste da atividade. Prontuário no. 17 Registro da Terapeuta Ocupacional)

Se observa, deste modo, que a categoria nosográfica como conclusão do processo de avaliação classificatória endossa a queixa da escola. Observa-se também que a evolução da criança ao longo do atendimento, como se vê nos trechos anteriores, contradiz as conclusões do diagnóstico.

De qualquer forma, a evolução da criança é tida como produto de uma intervenção de caráter clínico, que se realiza a partir dos sintomas, o que, por vezes, e como vemos nos

prontuários de atendimento, não modifica o desempenho escolar da criança, uma vez que o foco da intervenção não é o ambiente escolar da criança.

Ao se considerar as dificuldades vivenciadas como produto da deficiência, apoiada no determinismo biológico, a ideia de insuficiência e de incompletude permeia os estudos médicos, psicológicos e educacionais. Em um diagnóstico explicativo, cabe aos profissionais da área da saúde orientar os pais quanto aos procedimentos a serem observados para a superação da dificuldade e, aos professores, quanto à aprendizagem da criança, situação que não é encontrada nos prontuários de atendimento analisados.

No final da década de 20 do século passado, Vigotsky (1997) já apontava, de forma crítica, a supervalorização dos diagnósticos classificatórios, como os que encontramos nos prontuários estudados, destacando a falsa crença de que eles resolveriam os problemas da educação e os tratamentos terapêuticos que se sobrepunham à vida cultural e social da pessoa que apresenta biotipo incomum, tanto de ordem física como sensorial. Ao mesmo tempo, Vigotsky reprovava, por um lado, a ação de pedagogos e psicopedagogos que adotavam o diagnóstico médico classificatório como ferramenta para seus trabalhos e, por outro, reprovava o tipo de prática diagnóstica que não retratava as possibilidades da pessoa avaliada, mantendo-se, assim, no plano meramente descritivo da situação. Sobre isto, lembramos que em sua obra *Fundamentos de Defectologia*, Vigotsky apresenta um caso que presenciou durante as observações realizadas juntamente a um psiquiatra na Clínica de Pedologia⁷⁷. É, talvez, o caso que melhor exemplifica as reflexões realizadas pelo autor sobre a impossibilidade de uma ciência compreender o fenômeno analisado, na medida em que o profissional apenas repete, em outras palavras, a queixa apresentada. O caso relatado era sobre uma criança de oito anos de idade, considerada dificilmente educável e que havia iniciado a escola. Segundo o relato da mãe, a criança não apresentava motivação e tinha violentos ataques de irracionalidade, arrebatamentos, ira e cólera. Nesse estado, ela era considerada perigosa para quem a rodeava, na medida em que podia se ferir ou ferir alguém. Isto relata Vigotsky:

Depois de interrogar a mãe... [...] a chamamos para comunicar-lhe os resultados do nosso exame. “Seu filho – diz o psiquiatra – é epileptóide”. A mãe, cheia de ansiedade começou a escutar atentamente. “Que significa isso?”

⁷⁷ A pedologia se configura em Vigotsky como uma ciência que se debruça sobre o desenvolvimento infantil a partir dos conhecimentos interdisciplinares sobre as crianças. Deste modo, Vigotsky articula, em uma construção singular, os conhecimentos advindos da fisiologia do sistema nervoso, endocrinologia, genética, medicina, antropologia física e psicologia. Na quarta conferência, encontramos sob a frase “nossa clínica” uma menção mais explícita sobre este trabalho.

– perguntou. “Isso significa – explicou o psiquiatra – que a criança é raivosa, excitável, irascível, que quando se irrita, ela mesma não compreende que pode ser perigosa para as demais, que pode jogar uma pedra contra as crianças, etc.” A mãe, desiludida, objetou: “Tudo isso eu acabo de contar ao senhor” (VIGOTSKY, 1997, p.276).

Este caso apresenta nitidamente a inutilidade e o efeito dos diagnósticos classificatórios; não explicam coisa alguma sobre a situação da criança avaliada e, portanto, dificilmente apontam um caminho de intervenção. De fato, nos prontuários analisados, encontramos reiteradas menções à epilepsia das crianças, ao fato de seus pais apresentarem algum distúrbio psiquiátrico, problema emocional ou disfunções familiares que, de forma meramente descritiva, vão configurando as nomenclaturas que extravasam os prontuários.

Para ampliar a compreensão sobre a natureza do diagnóstico neste modelo, organizamos alguns dados, em forma de gráfico, que nos levam a conhecer a porcentagem de crianças atendidas por consulta profissional. Este aspecto é importante, visto que a equipe da instituição considera como atendimento integral as crianças serem avaliadas e atendidas, na maior parte dos casos, por todos os profissionais. Entretanto, não encontramos, nos prontuários, nenhum registro de diálogo entre eles ou mesmo indício de que é construído um plano de intervenção conjunto.

Gráfico 20 - Porcentagem criança por consulta

Fonte: a própria autora.

Em relação a área de consulta médica, na qual as crianças passaram, verificamos, no Gráfico 20, que 60% passaram pela Terapia Ocupacional, 57% pela Psicologia, 40% pela Fonoaudiologia e 40% pela Neurologia Pediátrica.

Vejamos agora, no Gráfico 21, a porcentagem de crianças atendidas dentro de cada área profissional de acordo com o sexo:

Gráfico 21 – Porcentagem criança por especialista

Fonte: a própria autora.

No Gráfico 21, vamos conhecer a diferenciação entre os sexos por profissional. Logo, dentro da Terapia Ocupacional, observamos que 40% dos atendidos eram meninos e 20% meninas; já na Psicologia, a proporção é bem parecida, com 30% de meninos e 27% de meninas. Das 30 crianças (prontuários), 30% dos que passaram na Neurologia Pediátrica são meninos e 10% são meninas. E, no que concerne à Fonoaudiologia, verificou-se que 23% eram meninos e 17% meninas.

No Gráfico 22, vamos observar as especificidades do diagnóstico em relação às nosologias mais encontradas, existindo um predomínio do R463 Hiperatividade (43%); seguida de F919 Transtorno de Conduta Não Especificado (30%); posteriormente R480 Dislexia e Alexia (13%) e, finalmente, F913, Transtorno Opositor Desafiador (7%). Para conhecer em detalhes a diversidade de categorias nosográficas encontradas, bem como os instrumentos utilizados pelos profissionais no processo diagnóstico, indicamos o Quadro nº 2 do Apêndice 3.

Gráfico 22 – Porcentagem pacientes e diagnósticos

Fonte: a própria autora.

Na Tabela 13 podemos verificar as frequências absolutas e porcentagens por sexo dentro desses diagnósticos:

Tabela 13 - Porcentagem e frequência absoluta dos pacientes por sexo em cada diagnóstico

Diagnóstico	F	M	Total
F913	1 (3%)	1 (3%)	2 (7%)
F919	3 (10%)	6 (20%)	9 (30%)
R463	4 (13%)	9 (30%)	13 (43%)
R480	2 (7%)	2 (7%)	4 (13%)

Assim, verificamos, na análise por sexo, que os meninos recebem mais o diagnóstico de R463 Hiperatividade e F919 Transtorno de Conduta. Pesquisas realizadas no Brasil (SOUZA, 1983; CARVALHO, 2001, 2004) e no mundo (JACKSON, 1998; MaCanGHAILL, 1995; KIMMEL, 2000) vêm apontando questões de gênero envolvidas na produção do fracasso escolar, destacando uma nítida diferença de desempenho entre meninos e meninas. A socióloga Marília Pinto de Carvalho (2001, 2004), por exemplo, revela as múltiplas dimensões da vida escolar e da infância que se articulam na produção das diferenças de desempenho escolar entre os sexos, a saber: as relações das crianças entre si, suas culturas e formas de sociabilidade, permeadas por desigualdades socioeconômicas e raciais; as interações entre professoras, alunos e alunas, marcadas pela presença majoritária de mulheres no magistério, particularmente no início da escolarização; as expectativas e formas de educação diferenciadas estabelecidas pelas famílias para seus filhos e filhas, incluindo a necessidade de geração de renda ou participação nas tarefas domésticas; e, finalmente, as opiniões das professoras sobre as relações de gênero

(articuladas às de classe e raça) e seus critérios de avaliação de alunos e alunas. Poderíamos pensar no gênero como um indicador de reprodução de desigualdades de sexo, raça e nível socioeconômico no interior da escola, assim como um indicador das expectativas da sociedade em relação ao masculino e ao feminino, para romper com esquemas naturalizadores sobre esse aspecto. É importante refletirmos sobre os processos que vêm conduzindo um maior número de meninos, em detrimento das meninas, a obter avaliações de mau desempenho escolar e/ou conceitos negativos, o quanto os preconceitos de gênero e os ideais do que deve ser o comportamento de uma criança perpassam as avaliações dos professores para considerar que a criança apresenta um distúrbio que merece um encaminhamento para a área da saúde.

Por outro lado, nestes gráficos, bem como no Quadro 2 do Apêndice 3, é possível verificar a diversidade de nomenclaturas utilizadas pelos diferentes profissionais para se referirem a cada criança. Tal diversidade e o fato de que uma mesma criança possa receber vários diagnósticos revela o “olhar fragmentado” do profissional sobre o sujeito avaliado, ao mesmo tempo que revela a ausência de diálogo entre os profissionais, o que poderia configurar ou, pelo menos, deixar vislumbrar uma integralidade do problema.

Nos prontuários não aparecem informações sobre o ambiente e a teia das relações escolares (seus professores, responsável da área, coordenação pedagógica, etc), também não aparece a relação com os colegas de sala, a participação nas atividades, etc., reafirmando a leitura fragmentada da queixa que gera o encaminhamento.

Vale destacar que o canal de comunicação estabelecido entre os profissionais com a escola, descrito nos prontuários, geralmente são os pais ou acompanhantes da criança, de quem se espera que transmitam à escola as indicações e recomendações desses especialistas. Em alguns casos, os especialistas informam que são entregues “guias”, “orientações”, como vemos na continuação:

Se anexam sugestões ou recomendações para a aula (Psicóloga 2, prontuário de atendimento 1).

[...] é entregue material de trabalho e se explica como desenvolvê-lo. (Registro no terceiro mês do atendimento, T. Ocupacional 1, prontuário de atendimento 1).

são entregues lições para reforço em casa. (Registro no quinto mês do atendimento, T. Ocupacional 1, prontuário de atendimento 1).

Materiais deste tipo não garantem que as orientações encaminhadas sejam compreendidas pela escola e pela família e alcancem os resultados esperados.

Acompanhar esses registros levou-nos a pensar que estes profissionais não realizam um questionamento sobre como as interações presentes nas relações pedagógicas tornam-se elementos importantes para a formação da personalidade dessas crianças. Tais profissionais parecem não compreender que o ser singular que chega na consulta é fruto de um conjunto de relações e que, por isso, deve ser considerado o momento do desenvolvimento em que cada uma das crianças se encontra. Não levam em conta que as relações com seus professores influenciam nas características do comportamento emergente dessas crianças. A análise dessa relação apresenta-se como a chave que poderia contribuir para a mudança da situação conflitante delas, ou seja, existe, na forma de avaliar, em especial nos casos que se relacionam com o comportamento das crianças, a ideia, contrária aos postulados do Enfoque Histórico Cultural, de que sua personalidade estaria definitivamente formada na infância e de que, por essa razão, a educação não seria influenciadora ímpar do seu desenvolvimento.

As concepções sobre desenvolvimento humano, aprendizagem, dificuldades de aprendizagem serão mais detalhadas na análise das entrevistas.

5.3.3. A natureza da intervenção nas dificuldades no desenvolvimento e no processo de escolarização: concepções subjacentes

Os pressupostos do Enfoque Histórico Cultural nos permitem compreender que a constituição da subjetividade é susceptível de mudanças enquanto percorre o processo de investigação, ou seja, na medida em que o indivíduo transita com a ajuda do outro, neste caso do terapeuta, um espaço de conhecimento, de desentranhamento em um espaço de participação entre ele o profissional que o atende. Deste modo, o processo terapêutico é concebido como uma relação de ajuda e colaboração entre a pessoa do terapeuta e a pessoa do paciente, para compreender o processo histórico de constituição do sujeito, as condições produtoras da dificuldade ou problema, se apropriar delas e provocar os ajustes e as mudanças necessárias. Assim, a relação de ajuda terapêutica, baseada no princípio de colaboração e portadora de códigos culturais e recursos fundamentadas no conhecimento científico, produz condições favoráveis para o desenvolvimento do sujeito, cumprindo também uma função educativa.

Sendo a incapacidade de regulação da conduta e a atividade motora e atencional descontrolada, uma das queixas mais colocadas em relação às crianças escolares, por exemplo, entendemos que a superação das problemáticas do sujeito e a recuperação da capacidade de

auto-regulação do comportamento percorrem um processo de produção de alternativas de subjetivação, a partir dos sistemas simbólicos que partilham os sujeitos no processo terapêutico.

No caso desta pesquisa, nos referimos às circunstâncias da criança escolar no contexto de suas relações familiares, sociais e educacionais, em que ela se constitui e que impactam sua organização singular. Neste sentido, a intervenção terapêutica permitiria à criança escolar, no processo de ajuda, dependendo das condições em que o atendimento ocorre, ampliar a sua zona de desenvolvimento proximal.

Com estas colocações, analisaremos as práticas de intervenção que observamos nos prontuários de atendimento do modelo estudado. Assim, ao observar o quadro nº 3 dos apêndices deste trabalho, correspondente à categoria de análise Natureza da Intervenção e Concepções Subjacentes, encontramos vários elementos que chamam a atenção para a concepção que o grupo destes profissionais têm com relação ao sujeito, ao desenvolvimento infantil e à intervenção terapêutica.

Assim, encontramos, por exemplo, erros frequentes na idade das crianças, isto é, divergências na idade informada por cada um dos profissionais dos diferentes serviços, o que consideramos aspecto extremamente delicado, considerando que a idade é uma das informações necessárias para a organização e o direcionamento das ações terapêuticas. Para o Enfoque Histórico Cultural, a idade se torna um elemento importante para olhar as possibilidades do indivíduo em relação à sua situação social de desenvolvimento, portanto, não é um aspecto de pouca relevância para ser desconsiderado ou negligenciado. Lembramos, neste ponto, e segundo Bozhovich (1987), que a idade está intimamente relacionada com aquilo que o enfoque conceituou como as crises do desenvolvimento enquanto etapas de mudança no desenvolvimento ontogenético.

Constatamos, também, na maioria dos prontuários, uma desconsideração em relação aos sentimentos e às vivências da criança referentes a sua atual condição de criança problema, situação esta levantada no ambiente escolar. Os registros de algumas falas de crianças nos prontuários podem nos ajudar a compreender melhor este aspecto. Uma das crianças atendidas (prontuário nº. 13), de quem se informa “se comportar mal na escola”, sendo cuidada recentemente pelos avós maternos em função do pai ter sido “assassinado no tráfico de drogas” e a mãe “não aceitar assumir a maternidade”, manifesta, durante o processo terapêutico, ao se referir à relação com sua professora: “sempre eu sou o mau”. A assistente social descreve com riqueza de detalhes todas as condições que essa criança sofre no seu contexto de relações sociais familiares e escolares. Entretanto, os demais profissionais, incluindo a psicóloga que se

surpreende das falas pejorativas da professora sobre a criança, não conseguem compreender o papel de tais circunstâncias nos problemas que a criança apresenta. Em decorrência disto, quando observamos o planejamento da intervenção dos diferentes profissionais, neste caso, a ênfase está colocada no “trabalho de leitura e escrita”; na “segmentação silábica e fonológica de palavras”; no “alinhamento postural”; na “compreensão leitora e produção de texto escrito”.

Um outro caso, o de M (prontuário nº 24), que detalharemos melhor no capítulo de triangulação deste trabalho, é o de uma criança que, com três dias de nascida, chegou ao programa de proteção infantil do Estado colombiano, junto a quatro dos seus irmãos. Quando inicia o processo de atendimento no modelo que analisamos, M tinha 7 anos de idade. Sobre o motivo de encaminhamento, a psicóloga informou: “problemas de comportamento no ambiente escolar e na instituição de proteção”. A funcionária da instituição do lar de proteção, denominada de “mãe substituta”, informou à assistente social da IPS que, “a criança vem questionando o motivo pelo qual seus pais a abandonaram, [e o] porque ela não pode vê-los.”. Não obstante, o processo de atendimento da criança que tinha um excelente desempenho acadêmico se articulou em torno de: “intervenção em leitura e escrita”; “técnicas de modificação da conduta como reforço positivo, sobrecorreção, para favorecer condutas familiar e socialmente aceitas”; “intervenção miofuncional com massagens de estimulação perioral, exercícios para aumentar força e tono de lábios para lograr fechamento [da boca]”; “incrementar níveis de atenção com jogos de leitura e escrita”. Quase um ano depois, e quando o caso dela passa a ser atendido por uma outra psicóloga na mesma instituição, a criança é perguntada sobre seu conhecimento dos motivos pelos quais ela está assistindo às terapias, ela se manifesta dizendo “não sei”. As crianças dos exemplos anteriores nos mostram como intervenções são articuladas sem que se tome em consideração a demanda da criança, a necessidade que ela traz e que, em muitos casos, ela explicita com toda clareza. Com isto, entendemos que as intervenções estão orientadas por teorias reducionistas que não percebem a integralidade do processo de aprendizagem e do desenvolvimento humano. Pensamos a respeito disto de uma forma científica e poética. No âmbito da ciências, encontra-se Vigotsky com a sua manifesta crítica e frustração perante uma ciência, a paidológica, que se debruçava sobre as questões da infância difícil, não conseguindo, naquele momento, atingir justamente o princípio explicativo dentro da integralidade. Retomando o caso da criança epileptoide que citamos no subcapítulo anterior, Vigotsky assevera:

Se compreende que estes dois momentos, ou seja, o desenvolvimento do próprio conceito e o grau de sua compreensão, são essenciais para determinar o sucesso prático do diagnóstico oferecido, mas não são eles os que resolvem o problema. O problema se resolve só atendendo o fato de que o pensamento do pesquisador não estava orientado ao objetivo. O pensamento não respondia à questão central, que consistia na própria situação na que carecia de validade adicionar algo que já era sabido previamente ao diagnóstico científico, e em aportar, ainda que fosse só um ápice de utilidade, para quem desejava ajuda. (VIGOTSKY, 1997, p. 277)

Não estando orientado ao objetivo ou estando orientado por teorias pouco capazes de explicar a integralidade e a complexidade das dificuldades que se pretendem resolver, o processo de intervenção terapêutica sofre sérias dificuldades para sua organização e superação do problema, revelando-se pouco eficiente.

A forma poética de pensarmos esta mesma fragilidade na intervenção terapêutica nos chega pela via do saudoso Rubem Alves, no seu texto *Escutatória*, que faz parte do livro *O Amor que ascende a Lua*:

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular. Escutar é complicado e sutil[...] Parafraseio o Alberto Caeiro: “Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito; é preciso também que haja silêncio dentro da alma”. Daí a dificuldade: a gente não aguenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor, sem misturar o que ele diz com aquilo que a gente tem a dizer[...]
Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e sutil de nossa arrogância e vaidade: no fundo, somos os mais bonitos. (ALVES, 2011, p. 58)

O autor se refere à escuta cotidiana, à escuta na relação de amizade e nos fala da arrogância da ciência e sua falta de desenvolver a escuta para compreender a necessidade real e o problema daqueles que atendem. O que denominamos como arrogância da ciência pela sua falta de escuta é identificado também quando os relatos dos profissionais, presentes nos prontuários, poucas vezes remetem às intervenções que, em sessões anteriores, foram feitas com a criança pelos próprios colegas. Percebe-se na escrita que o prontuário não é, para estes profissionais, uma ferramenta que possa chegar a suprir ou auxiliar a comunicação, quando, por diversas razões da dinâmica do trabalho, torna-se impossível realizar uma reunião para discutir um caso ou, pelo menos, para saber as impressões e opiniões do outro profissional. Deste modo, a impressão que temos é a de que os terapeutas não estabelecem uma relação sequencial e organizada dentro de um planejamento de trabalho, em função da singularidade da criança.

Situação semelhante pode ser observada no prontuário nº 6 e nº 17. A primeira, uma criança de 6 anos de idade, que morou durante um período prolongado na rua, no momento do atendimento encontrava-se sob custódia do programa de proteção à infância e, na instituição, foi atendida por uma psiquiatra, que indicou um tratamento predominantemente medicamentoso (Risperidona 0,5 MGR dia). A segunda, uma criança de 7 anos de idade, considerada agressiva. Toda que vez que estava perante assédio escolar dos colegas e chacotas das irmãs mais velhas, bem como da rejeição explícita do padrasto, se defendia ou “surtava”. Neste último caso, as intervenções não foram realizadas no contexto de relações da criança e nem estabeleceu-se uma interlocução com a escola, pelo contrário, sendo uma criança sem dificuldades no seu desempenho acadêmico, as intervenções centraram-se em: “reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas, motivo pelo qual se indica realização de psicoterapia individual”; “trabalho de reforço em processos da atenção” e “atividades de velocidade de processamento da linguagem verbal”.

Deste modo, constatamos com estes casos, bem como com outros que podem ser observados no quadro nº 3 do apêndice, que as intervenções se orientam por concepções de desenvolvimento e aprendizagem genéricas e reducionistas que não dão conta de compreender a integralidade e a complexidade destes processos.

O que predomina na forma de aproximação do escolar e sua história, salvo em um dos prontuários analisados, é uma ausência de indagações em direção aos sentidos e significados que a criança tem formado relacionados às atividade de estudo e, especificamente, a sua atual condição de criança com problemas.

Os especialistas do Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem estabelecem, de maneira muito geral e fragmentada, uma relação entre os processos afetivos e cognitivos, não logrando explicar com profundidade a complexa dinâmica do desenvolvimento.

Quando a escola, local de onde se origina a maior parte dos encaminhamentos que analisamos nos prontuários, é deixada de fora das indagações do processo avaliativo e quando é deixada de fora do processo interventivo, na busca de alternativas para essa criança dentro do espaço escolar, ignora-se implicitamente o papel do professor de educar e sua interferência direta no desenvolvimento da personalidade dessa criança. Quando a escola de onde se originam a maior parte dos encaminhamentos que analisamos nos prontuários, é deixada de fora nas indagações do processo avaliativo e quando é deixada de fora no processo interventivo, bem como na busca de alternativas para essa criança dentro do espaço escolar, está-se desconhecendo implicitamente o papel do professor sobre a tarefa de educar e sua interferência

direta sobre o desenvolvimento da personalidade dessa criança, bem como a interferência e ajuda da qualidade do conjunto de relações sociais estabelecidas ao interior da escola.

Quando as intervenções estão centradas exclusivamente na criança, dando apenas algumas indicações de ajuste à família, negligencia-se o desenvolvimento das funções psicológicas superiores dentro do processo que deve envolver o espaço escolar, principalmente em casos como estes, em que os encaminhados são justamente crianças escolares portadoras de queixas relacionadas ao seu desempenho ou comportamento na escola. Desconhece-se, desse modo, as possibilidades que oferece o ensino, os conteúdos curriculares e a necessidade de que a criança consiga construir uma posição interna como escolar, o que não ocorrerá longe do âmbito da escola ou desarticulada dela.

Processos cognoscitivos, intelectuais e emocionais transitam desvinculadamente um dos outros, sem uma interligação nas justificativas encontradas nos prontuários, o que nos faz concluir que, na visão destes profissionais, a tentativa de explicar os fenômenos psíquicos a partir de uma suposta natureza do homem, apresentando como naturais e universais características social e historicamente constituídas, obedecem a uma visão biologicista do indivíduo.

- As falas dos profissionais nos prontuários poucas vezes remetem às intervenções que, em sessões anteriores, foram feitas com a criança. Dá a impressão de que as sessões não tiveram uma sequência dentro de um planejamento de trabalho desenvolvido para atender a criança.
- Há aqueles que atende uma criança e passa semanas e até vários meses sem escrever absolutamente nada sobre o trabalho realizado, não havendo o relato de suas impressões diagnósticas ou qualquer tipo de observação sobre os motivos pelos quais a criança está sendo atendida.

Observamos, a partir dos registros nos prontuários, que as intervenções realizadas nos casos em que se identificam supostos distúrbios do comportamento, da atividade e da atenção é indicada uma combinação de terapia cognitivo comportamental e terapia medicamentosa, estando entre os medicamentos mais usados Ritalina, Atomoxetina, Atento, Fluoxetina, Clonidina e Risperidona. Geralmente, a identificação de problemas de aprendizagem, como dificuldades orgânicas da criança, desdobra-se para encaminhamentos com outros especialistas, que, por sua vez, endossam os diagnósticos por meio de neuroimagens. Observa-se, mais uma

vez, um processo terapêutico orientado pela psicologia cognitiva, com ênfase na dimensão biológica revelada pela prescrição de medicamentos.

Um aspecto comum às áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Terapia Educativa Especial foi a realização de atividades visando favorecer o processo de leitura e escrita por meio de treino de habilidades auditivo-visuais e espaço-temporais. Nas descrições realizadas pela área da Psicologia, encontramos narrativas em que as profissionais desenvolvem atividades para a criança se apropriar de conceitos matemáticos. Encontramos, também, em alguns casos, a realização de psicoterapia individual com o intuito de desenvolver ou treinar habilidades sociais, utilizando-se de técnicas, no âmbito da terapia cognitiva comportamental, orientada à regulação paulatina de inquietação motora. Encontramos registros frequentes do uso da técnica de economia de fichas. Outros prontuários revelam que o trabalho de uma das profissionais de psicologia é realizado em sessões grupais de, no máximo, três crianças.

A partir deste conjunto de informações, podemos concluir que a grande maioria dos profissionais, embora realizem intervenções diferenciadas, se utiliza de um conhecimento cuja base são as teorias biologicistas, fazendo com que olhem para seus pacientes como isolados do meio histórico e social, não percebendo que muitos dos sofrimentos dos escolares que atendem iniciam *em e por causa* de suas relações pessoais com o meio escolar. A diferenciação observada nos procedimentos tem como base uma epistemologia que valoriza a dimensão biológica do sujeito e desconsidera a natureza das relações interpessoais e as condições sociais e culturais como constituintes do sujeito. Este elemento poderá ser melhor observado no subcapítulo seguinte, em que analisamos as entrevistas.

Diante disso, torna-se imprescindível questionar: afinal, o que esperamos que o profissional da saúde faça quando uma criança chega na sua consulta com algum encaminhamento pela instituição educativa? Esperamos que sua intervenção esteja organizada para buscar, junto a rede de relações da criança e, especialmente, aos educadores que levantam as queixas, alguns princípios para que a prática pedagógica possa atuar intencional e de forma estruturante sobre o desenvolvimento e a formação da personalidade do escolar. Além disso, esperamos que estes profissionais ajudem a revisar, pensar e produzir condições para que o ato educativo aconteça, aspecto que não encontramos nos prontuários de atendimento analisados.

A seguir, a análise de entrevistas apresentada oferece outros elementos para ampliar a reflexão e compreensão sobre o modelo de atenção voltado a crianças com dificuldades de aprendizagem.

5.4. As entrevistas: o que nos contam os profissionais da saúde do modelo analisado?

Apresentamos, nesta subseção, as informações obtidas por meio de entrevistas realizadas com os profissionais do modelo de atendimento pesquisado. Elegemos, para esta tarefa, as entrevistas de profissionais que realizaram a maior parte dos atendimentos: fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional e neuropediatra.

As entrevistas foram organizadas em três categorias de análise, de acordo com o conteúdo de cada uma, são elas: (1) explicações para o encaminhamento dos escolares para a saúde; (2) medicalização da educação: o entendimento dos profissionais sobre a presença do escolar na saúde; (3) Natureza das relações entre a saúde e a educação.

Na sequência, enquadrados na primeira categoria, estão os resultados da análise das entrevistas realizadas com os diferentes profissionais.

5.4.1. Explicações dos profissionais para o encaminhamento dos escolares para a saúde

Apresentaremos, neste subcapítulo, concepções explicitadas durante as entrevistas por profissionais das áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional, neurologia pediátrica e psicologia, referentes aos motivos de encaminhamento da criança escolar para os serviços de saúde. Na análise desse material, observamos que os profissionais elencam argumentos relacionados às condições biológicas ou orgânicas; às condições familiares; e às sociais e pedagógicas.

Para determinado segmento profissional, os encaminhamentos escolares referem-se a duas dimensões do processo de escolarização: questões relacionadas a condições pedagógicas e questões relacionadas ao comportamento das crianças. No âmbito das condições pedagógicas, os profissionais de saúde identificam a exigência de uma padronização no processo de avaliação pedagógica, que conduz a um processo de uniformização dos critérios de avaliação propostos pelo sistema educacional, o qual desconsidera a singularidade de cada criança. Isto faz com que o professor ou a instituição educativa termine gerando o encaminhamento. Retomamos, neste ponto, os elementos abordados no capítulo quatro, em que abordamos as exigências postas por organizações internacionais, como a OCDE e as provas PISA, por exemplo, em países da América Latina. Ainda sobre este mesmo aspecto, identificamos, também, a valorização de uma

única forma e ritmo de aprendizagem, de modo que todos os estudantes que se afastam do padrão esperado apresentam algum tipo de distúrbio, como veremos na fala a seguir:

O método que estão utilizando é perfeito, mas nem todos os professores têm a disposição, nem a criatividade, nem o tempo. Então, o fato de que estes professores busquem ajuda tem a ver com a necessidade que eles têm de resolver uma problemática onde o sistema educativo lhes exige que todas as crianças têm que passar com a mesma medida, todos têm que ser qualificados igual. Cada vez nos damos conta que cada criança é diferente e isso faz buscar mais ajuda. Também acontece o outro extremo, o professor que quer diagnosticar a todos os alunos, quer colocar um rotulo, [argumentar] que todos têm dislexia, que têm alguma patologia. Talvez, [...] que todos vão ao mesmo ritmo então [o professor] os cataloga como disléxicos ou crianças com dificuldades neurológicas, também acontece isso. (Profissional de fonoaudiologia)

Aparecem também na fala desta profissional condições de trabalho postas para o professor, implícita nas políticas de educação como uma das fontes produtoras dos encaminhamentos.

No que tange ao comportamento ou à conduta, os profissionais destacam uma percepção dos profissionais da saúde que diverge com o que os profissionais da escola manifestam sobre a criança, principalmente, nas atitudes que ela demonstra no ambiente escolar, consideradas pelos professores como atos de violência, desrespeito ou ainda de agressão. Esta discrepância tem despertado nos profissionais da saúde, a necessidade de atuar junto aos adultos que se responsabilizam pela criança e a necessidade de compreender o que se passa na escola, como veremos a seguir:

O professor ou diretivas da escola desesperadas porque não conseguem regular a criança, especialmente a sua conduta, [referem] que a criança tem um comportamento terrível, que não para quieta, que é agressiva, que é violenta, que não é respeitosa e [acontece] que quando chega aqui, é uma criança cautelosa, que acata a norma. Sim, acontece isso com frequência e, aí, é onde temos que criar consciência nos adultos; papai, professores, familiares, de que as crianças são diferentes ao entorno onde elas estiverem. Então, nessas crianças que têm transtornos ou que têm conduta difícil na escola, [...] temos que indagar o que é que está acontecendo na escola. Tem acontecido aqui que muitas crianças têm umas condutas absolutamente opostas ao que [mostram na] consulta, resulta que algo acontece na escola, maltratados, não se sentem aceitados, não se sentem parte do grupo e sua forma de reagir é essa. (Profissional de fonoaudiologia)

Os profissionais também destacam que é importante considerar que comportamentos supostamente agressivos sejam expressão de atos de violência ou de maus tratos que crianças

vivem no ambiente escolar na relação entre pares. Ao levantar estas hipóteses, os profissionais de saúde revelam compreender que os comportamentos apresentados pela criança são oriundos do conjunto de relações que acontecem no dia a dia escolar e que, precisam ser interpretadas quer pelo professor, quer pela coordenação pedagógica. Ainda que o profissional entrevistado sinalize a necessidade de compreender o que ocorre na escola, hipotetizando maus tratos e o não se sentirem aceitos por parte do grupo como razões para sua conduta, não se observa, nos prontuários, procedimentos que revelem um diálogo sistemático com a escola.

[...] poderia acontecer que a criança responde a certas características do seu entorno, e sua maneira de se comportar seja a resposta a algo que está acontecendo [e] que ninguém tem podido identificar. Temos tido casos em que descobrimos muitos meses após, que a criança está sendo vítima de maus tratos, tem acontecido com muita frequência. [...] As crianças muito dificilmente vão falar “papai, me tira daqui”, não é muito frequente [...] As crianças conseguem identificar que não se sentem bem. (Profissional de terapia ocupacional)

A entrevistada reconhece as características do entorno e a natureza das relações interpessoais como determinantes possíveis dos problemas que levam ao pedido de ajuda e encaminhamento, mas a inexistência de uma concepção integradora do desenvolvimento humano impede a organização de uma explicação e portanto, de procedimentos que considerem estas variáveis.

Por outro lado, destacamos que argumentos racialistas que incursionaram nos discursos dos médicos e políticos da Colômbia dos anos 1920, com relação às causas do atraso do povo colombiano e do não apreender na infância, a qual foi denominada naquela época como “anormal” e/ou “atrassada escolarmente”, associadas a uma suposta degenerescência própria do povo colombiano, considerado atávico, ignorante, inferior, com grandes problemas genéticos e culturais, tal como apresentamos no sub capítulo 3.3 desta tese, se encontram ainda presentes nos discursos e argumentos de um dos entrevistados nesta pesquisa. Argumentos estes utilizados para justificar o encaminhamento da criança escolar aos serviços de saúde. Tais discursos foram atualizados nas discussões dos anos 1990, centradas na concepção da “Curva do Sino”, e que aparecem na fala do neurologista pediatra conforme o excerto abaixo

Isso abre um tema muito conflitante: as habilidades cognitivas dos povos, das raças. E isso está estudado, mas disso não se fala porque isso, politicamente, é dinamita. E isso está estudado em um livro que talvez possa te interessar: se chama “A curva do Sino”, que é das coisas mais incendiárias que se tem, porque apresenta diferenças não só nos aspectos sócio-econômico. O livro mostrou a diferença entre grupos pobres de brancos, indígenas e negros, e se pode ver a diferença de coeficiente intelectual. Isto é mais perigoso para discutir: Qual é a nossa capacidade intelectual como povo? Porque você pode

estar dizendo que a longo prazo se é oferecido um atendimento haverá uma melhoria, mas daí que? Dos meus colegas de escola ainda têm muitos que continuam vendendo lotérica, essas pessoas nunca foram os que levantavam a mão para responder ou algo assim. De 60, éramos uns 10 os beneficiados que terminamos uma formação, que fizemos nossa própria empresa. O resto trabalha em coisas muito, entre aspas, “básicas”.

Tal vez esse é nosso potencial acadêmico. O ideal é que se levantara. Isso tem feito alguns países. Mas na Colômbia é muito difícil. (Neurologista pediatra)

Os discursos de desqualificação da raça vem sustentados numa suposta degeneração moral do povo colombiano, ao tempo que, estabelece como analisamos no capítulo histórico desta tese, uma série de hierarquias orgânicas, cognitivas e morais, dentro das que, para este profissional, os colombianos teriam uma condição inferior ao tempo que delinquencial impregnada na sua constituição genética que, naturaliza o fracasso escolar da população e seu consequente trânsito para os serviços de saúde:

Eu acho que nós somos assim. Eu sinto raiva de admitir isso, mas não acho que um dia chegue alguém que demonstre que devemos ser éticos. Inclusive, isso já aconteceu. Veio um moço faz uns anos a querer demonstrar que devíamos ser éticos, mas o assassinaram. Porque o colombiano tem tendência delinquencial. Então a falta de ética do colombiano é em todos os âmbitos, na academia, nos colegas aqui, todos. Eu me oriento mais por aí, doutora. (Neurologista pediatra)

Este mesmo profissional, que como pudemos ver no trecho anterior defende abertamente uma posição determinista genética e biológica, nos apresenta ao mesmo tempo, elementos de caráter social e cultural. No entanto, não consegue incorporá-los na determinação do fenômeno que está sendo estudado. De tal forma, seu discurso que poderia parecer meramente preconceituoso, é a resultante da sua incapacidade epistemológica para compreender e explicar, a forma em que as condições biológicas, sociais e culturais estabelecem uma relação dinâmica e dilética na constituição do homem. Assim, os elementos elencados por este profissional embora tenham uma aparente relação com o social e cultural, estão associados a argumentos presentes nas teorias dos anos 1970 da privação cultural, em que, a criança pobre e neste caso, a criança latino-americana, pertencente ao terceiro mundo, seria deficitária. Seus argumentos em nada contemplam o tipo de organização social, escolar e as explicações sobre como se produz o desenvolvimento e a aprendizagem que, como analisamos no caso latinoamericano, desdobram de uma condição de colonialidade também no saber e na produção de conhecimento. Desta maneira, o enfoque social dado sobre estas questões, pauta-se na responsabilização da criança pela opressão em que vive (CAMPOS, 1981) como vemos a continuação:

No oriente se tem probabilidades perto de 90% de encontrar uma criança de três anos tocando piano, aqui entre os indígenas e os negros, é muito difícil. E nisso tem a ver um monte de coisas, que vocês acham que são sociais [e] eu penso que são biológicas. (Neurologista pediatra)

Na continuidade da sua fala, no exemplo dado sobre uma criança que se torna cientista, o profissional ainda que mencione as condições de exposição dela à riqueza e variedade de elementos da ciência, não consegue identificar este elemento como potencializador do seu desenvolvimento, pelo contrário, na sua concepção de desenvolvimento e aprendizagem o que permite a esta criança se tornar um neurologista renomado, é sua constituição biológica e pertença a uma raça específica como podemos ver a continuação:

Eu, estando nos Estados Unidos, nos anos noventa, vi o caso de um menino de 13 anos, filho de coreanos, que ganhou um prêmio de mil dólares por ser jovem pesquisador em neurologia. O que acontece é que o pai tinha um laboratório e o menino entrava lá. E o título, só o título desse artigo escrito por um menino de 13 anos, não o escreveria um neurólogo colombiano. O nível desses garotos, é impressionante. Os japoneses, os chineses. E isso também faz parte da cultura deles: chegam a estudar, a trabalhar, mas eu também acho que isso é biológico. É um tema muito delicado. O típico de nossa sociopatia é que ninguém vai assumir a responsabilidade. (Neurologista pediatra)

Nesta mesma lógica argumentativa, a questão racial se apresenta com a força da identidade da colonialidade moderna, que independe do controle territorial e, como temos defendido, implica na existência de uma estrutura que perpetua a situação de dominação uma vez que, a relação colonial da que se desdobram subjetividades que continuam a explicar a partir de uma suposta supremacia racial, como neste caso, o comportamento das crianças latino-americanas que, pela sua degenerescência, apresentam comportamentos hiperativos e inadequados enquanto ao protótipo de criança branca e de comportamento adequado e “superior” como podemos ver na frase abaixo:

Em viagens que realizei algumas vezes entre Miami e Austria, os meninos latinos que viajavam comigo eram hiperativos, gritavam, chutavam e choravam. E logo depois, [quando] viajava entre Austria e Nova York, todas as crianças [eram] tranquilas. Eram brancos, loiros, ninguém incomodava. E todos tranquilos, normal. E isso não pode ser o acaso, doutora. Isso não pode ser o acaso. Para mim isso é biológico... Seria muito legal que isso seja, digamos, maleável, significaria que temos esperança. (Neurologista Pediatra 2)

Por outro lado, os contextos escolares e familiares também se tornam elementos para explicar e justificar, os encaminhamentos de crianças para o atendimento em saúde, na medida

em que, são considerados enquanto potencializadores e reforçadores de problemas já existentes na criança conforme excerto abaixo:

O problema pode aparecer na criança como uma dificuldade ou um transtorno de aprendizagem, mas muitas dessas necessidades se reforçam a partir de uma inadequada metodologia e de um inadequado manejo contextual, porque existem muitos extremos em ambos os contextos; tanto no educativo quanto no familiar [...] (Profissional de terapia ocupacional)

Quando os profissionais neste tipo de argumentações demonstram conceber o processo de desenvolvimento com base em elementos descritivos e de caráter biológico que, inclusive, explicam os motivos do encaminhamento como problemas alocados na criança, se distanciam da complexidade da dinâmica causal do desenvolvimento (VIGOTSKY, 1996; BOZHOVICH, 1987). No trecho a seguir por exemplo, a profissional de terapia ocupacional relata uma experiência com a mãe de um dos seus pacientes, que questiona os motivos pelos quais seu filho não consegue apreender, mesmo não apresentando nenhum tipo de dificuldade orgânica. Na sequência a profissional tenta demonstrar para a mãe desse paciente que podem existir elementos de natureza orgânica que ela não reconhece:

Se o meu filho [...] não tem nenhuma deficiência e [se] tem suas duas pernas e suas duas mãos, e então você que vai fazer ali, e eu falei, “bom, vamos ver”. Então, na avaliação eu mostrava como as alterações no tom muscular causam desajuste nas posturas, por consequente o nível da oxigenação cerebral afeta a concentração, atenção e a memória desse menino. (Profissional em terapia ocupacional)

Deste modo, entendemos que na concepção desta profissional existe uma supervalorização das condições biológicas que se tornariam obstáculo para a aprendizagem e o desenvolvimento acontecer. Não obstante, nas observações que efetuamos dos atendimentos, foi possível constatar que a maior parte das atividades realizadas, como parte da intervenção terapêutica com as crianças, eram de tipo educacional, tais como: atividades de leitura, de escrita, de compreensão leitora, pintura, desenho e atividades motoras semelhantes às de uma aula de educação física.

De outro lado, vemos que alguns entrevistados reconhecem que algumas dificuldades que se apresentam no processo de escolarização e que, desencadeiam os encaminhamentos, são oriundas da falta de intervenção e de estimulação durante o primeiro ano de vida como se vê no trecho a seguir:

quando nós intervimos [...] em algumas alterações em alguns aspectos no desenvolvimento, [no] primeiro ano de vida, é fundamental. Então, a criança que tenha um desajuste em alguns aspectos do seu desenvolvimento, seu

controle cefálico, seu engatinhar, para sentar, [ou seja] em alguma alteração nesse primeiro ano de vida, [isso] vai marcar muitíssimo essas alterações que nós estamos encontrando na criança daqui de seis, sete e oito anos. (Terapeuta Ocupacional)

Um outro grupo de argumentos se apoia na explicação de condições biológicas de ordem neuro-sensorial como desencadeador de dificuldades de aprendizagem:

As dificuldades existem sim, porque eu parto e aponto que desde a integração sensorial, uma criança que não tenha uma organização neuro sensorial adequada é uma criança já com dificuldades, é uma criança que em algum momento, em alguma etapa de sua vida, esse transcurso, essa alteração nesse transcurso neuro sensorial vai lhe gerar uma consequencia no seu processo acadêmico. (Terapeuta Ocupacional)

Alguns profissionais da saúde, apontam dificuldades por parte do professor que não estariam relacionadas com a falta de formação, mas com o tipo de formação que não orienta ou aponta caminhos para o desenvolvimento de uma metodologia que possibilite a inclusão de crianças que apresentem algum tipo de dificuldade no seu processo de escolarização. Pesquisas (CHAVES, STEIN, CALEJON, 2017; CHAVES, 2007; LÓPEZ, SIVERIO GÓMEZ, 2005) apontam a ausência, na formação inicial e continuada de professoras e professores para o trabalho, de uma teoria pedagógica que oriente as escolhas docentes na organização do ambiente educativo, de modo a promover a formação da personalidade das crianças em suas máximas possibilidades. Assim sendo, as dificuldades no processo de escolarização, como apontado pela profissional entrevistada, se tornam em uma anomalia que o professor sente, não saber como enfrentar, tornando-se em prática recorrente a transferência para outras salas ou o encaminhamento para o sistema de saúde, caracterizando desta forma, uma prática excludente dentro do sistema educacional conforme excerto a seguir:

[...] podem existir professores muito inteligentes com mestrados, doutorados, mas que quando você os vê trabalhando com uma criança, preferem tirar e mudar ela de sala, para que seus outros 45 fiquem normais. Com todo esse estudo, o temor a essa criança diferente com relação aos outros faz que sua metodologia continue sendo obsoleta e rígida. Por que obsoleta e rígida? Porque não se tem abertura a algo que inclua essa criança com dificuldades. (Profissional de terapia ocupacional)

Quanto aos argumentos de ordem familiar e educacional, aponta-se para a falta de limites no processo educativo como causadores das dificuldades escolares:

[...] para mim grande parte da problemática que temos hoje com as crianças que temos classificado como crianças com dificuldades ou problemas, é porque nós [adultos], não temos ensinado limites. [...] Eu não digo que não há normas, simplesmente não há normas claras (Terapeuta Educativa Especial)

Encontra-se também na explicação dos profissionais de saúde, concepções de desenvolvimento baseadas na dicotomia mente-corpo em que, a falta de prontidão e maturidade física da criança seria a responsável pelos seus problemas de leitura e escrita:

[...] o primeiro que dizem é que não fazem lição, se cansam, lhes doe a mão, não conseguem copiar todo o que está na lousa, não entendem quando lêem...isso sempre você encontra, mas quando você começa a ver um pouco mais embaixo, encontra outras coisas[...] as crianças estão cansadas. Eu fortaleço isso encaminhando para terapia física, porque lá está o apreender a dominar o corpo primeiro; esporte, exercício e depois fazemos terapia. Porque a grande maioria destas crianças não tem domínio sobre o corpo e se não tem domínio do corpo, como é que elas vão aguentar tantas horas sentadas na sua carteira com disposição para estudar? (Terapeuta Educativa Especial)

De acordo à declaração desta profissional, o processo educacional não seria de modo algum, responsável por potencializar ou promover o desenvolvimento da criança, portanto, se faz necessário abandonar à sala de aula para desenvolver fora do espaço escolar, as “habilidades” que a qualificariam para usufruir do processo educativo. Este é quiçá, um dos argumentos mais fortes encontrados nos profissionais deste serviço; a ideia de que o espaço terapêutico deve auxiliar na compensação daquelas “habilidades” que a criança não desenvolveu ainda ou, que estão prejudicadas, fazendo com que a criança não possa se desempenhar adequadamente no ambiente escolar e não possa apreender. Tal auxílio como pudemos constatar nas nossas observações e a partir dos prontuários de atendimento, e, como temos insistido ao longo do texto, consistem em atividades semelhantes, quando não as mesmas, que seriam realizadas no espaço escolar como podemos identificar na fala a continuação:

[...] então, eu início de um texto e vejo com eles a compreensão, mas o texto que eu escolho é um texto com um conteúdo que aborda algo. Então, quando lemos esse texto, além de avaliar a compreensão que a criança tem na compreensão da leitura, eles trabalham geralmente em dupla, por trios e aí eu posso ver a resolução de conflitos, como se exerce a liderança, como realizam a resolução de conflitos. (Psicóloga 2)

Retomando o ponto da preparação, “da prontidão” que a criança deve ter no momento da alfabetização, a fonoaudióloga comenta:

Muitas das crianças com baixo processamentos auditivos têm dificuldades do desenvolvimento da integração sensorial e da consciência fonológica desde muito cedo. Quando a gente realiza as entrevistas encontra que desde bem pequenos tiveram baixo processamento sensorial e desde o auditivo começamos a indagar, encontrando que foram crianças que desde pequenas tinham que ser chamadas muitas vezes para que conseguiram seguir um direcionamento e que, demoraram mais um pouco no tempo de responder.

A maior parte dos estudos sobre consciência fonológica, se referem ao assunto como uma certa “prontidão” para que a alfabetização ocorra exitosamente, o qual envolve o nível de “maturidade” que a criança têm ou não, e que geralmente, é avaliada por meio de testes avaliativos da coordenação auditivo-motora, capacidade de pronúncia apropriada das palavras, entre outros. O conceito de consciência fonológica, cunhado nos anos 1970, evidenciou a importância da compreensão das relações entre os sons da língua oral e sua representação na língua escrita, para que a criança chegasse ao princípio alfabético. Sobre a consciência fonológica existem várias leituras que não aprofundaremos neste texto. Não obstante, sabemos que em Cuba por exemplo, este processo é desenvolvido ao interior da escola na Educação Infantil, constituindo a ausência de tal “consciência”, num abandono pedagógico ao que se somete a criança e não, um elemento que possa dizer de uma incapacidade da criança (ARIAS, 2014).

Neste sentido, observámos que a profissional entrevistada não apresenta uma concepção de desenvolvimento humano, que possa explicar como as condições biológicas e culturais podem interatuar, no sentido de produzir uma nova forma de funcionamento, incluindo o cerebral, portanto, não se percebe a relação entre a aprendizagem e o desenvolvimento. Os aspectos biológicos são essenciais, mas não suficientes para mover o desenvolvimento psíquico que se configura como desenvolvimento cultural.

De outro lado, a presença de problemas de aprendizagem é outro dos argumentos mais assinalados pelos profissionais, como motivo principal para que o trânsito de crianças escolares para o setor saúde aconteça.

O grupo que mais vêm ao serviço são crianças entre os 8 e os 12 anos. Vêm encaminhados por instituições educativas com as que o Programa de Neurodesenvolvimento tem alguns convênios (menciona uma escola pública e uma rede de Colégios do Sistema S). A maior parte das queixas dos colégios são problemas de comportamento, mas quando eles começam a esmiuçar a situação, começam a aparecer os problemas de atenção, de concentração de permanecer no lugar e dificuldades com o problema de aceitação das normas. (Psicóloga 2)

Sobre este mesmo aspecto a fisioterapeuta do Programa que pela especificidade de sua área de intervenção profissional, compreende que seu trabalho se orienta principalmente, a pacientes com “necessidades osteo-musculares”. Sobre seu trabalho no modelo estudado e a demanda recebida refere:

Aqui [no Programa] são poucos os pacientes que atendo do nível de neurologia ou de parálisia cerebral, e sim, basicamente, faço atendimento de pacientes com transtornos da aprendizagem e com problemas no ajuste postural. Há

muita criança com desajustamento postural, que vem encaminhada diretamente das escolas ou da área de terapia ocupacional daqui mesmo, do Programa [ou], de alguma outra área como fonaudiologia, educação especial ou psicologia. [...] Então aqui [...] não atendemos muito transtorno neurológico, no momento não temos muito dessa população, o que mais temos é a população com transtornos da aprendizagem. (Terapeuta Física)

Ao solicitarmos aos diferentes profissionais que entrevistamos uma descrição sobre o tipo de dificuldades de aprendizagem atendidas, o que encontramos, além dos problemas posturais descritos pela fisioterapeuta anteriormente, foi o detalhamento de que os problemas de aprendizagem seriam aqueles relacionados à leitura e escrita, tais como: “escrever errado, conforme fala escreve”; “trocar e omitir palavras”; “ficar atrasado [porque] tem dificuldade para escrever o que foi colocado na lousa”; “não compreender quando se usa maiúscula e quando minúscula”; “problemas com a ortografia”; “problemas com a caligrafia”.

Eu não gosto de usar muito o termo transtorno, ou me referir às dificuldades das crianças com o nome dos diagnósticos, mas o que recebemos muito, são reclamações dos professores sobre os problemas na leitura e na escrita: que ela é dislexica, que não sabe ler, que não sabe escrever, que se come (omite) as letras, que escreve errado, que confunde letras... Em fim, isso. (Fonoaudióloga)

É importante levar em conta neste ponto que, embora no programa sejam atendidas pessoas de diferentes idades, a população que representa o maior número de atendimentos para estes profissionais são crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, havendo uma concentração maior, como apresentamos nos gráficos 2 e 10, entre os 6 e os 8 anos de idade, momento este em que, geralmente, se produzem, como explicitamos no sub capítulo 1.2, mudanças significativas na relação da criança com o ambiente escolar. Citamos dentre elas, o momento de transição da criança de uma atividade de aprendizagem mais lúdica e de jogo, para uma atividade de aprendizagem mais “formal” como também, configurações distintas na rotina da criança tais como: o não mais cochilar ao longo dia, começar a fazer lição de casa e até utilizar um mobiliário diferente, só por mencionar algumas mudanças. Estes dados coincidem com os achados da pesquisa de Souza, desenvolvida no ano de 1996, a partir da revisão da ficha de triagem de 268 prontuários, de quatro clínicas escolas do Município de São Paulo. Souza encontrou também, que os “problemas de aprendizagem” são um dos motivos mais frequentes que produzem encaminhamentos de crianças para as clínicas de atendimento psicológico e, dentro de tais “problemas”, as dificuldades na leitura e na escrita constituíam a razão principal.

Ao retomar as ideias de Emilia Ferreiro sobre psicogenética, Souza afirma que existe em tais encaminhamentos, a impossibilidade de compreender o conjunto de erros cometidos pela criança no desenvolvimento e na apropriação da escrita, como “ligados à natureza do processo de aprendizagem da língua escrita” (1996, p. 187). Desta forma,

vários [erros] realizados pelas crianças não são patológicos, como se acreditava numa concepção associacionista de alfabetização, mas sim são momentos do processo de aquisição da estrutura e dos mecanismos de uma língua. A criança ao escrever uma palavra omitindo letras não está errando, mas sim demonstrando como naquele momento pensa a respeito da escrita de determinada palavra. (Ibid., 187)

Concordamos com Souza quando refere que os relatos dos pais, dos professores e dos profissionais presentes nos prontuários, levam a pensar, que há uma tendência por parte de tais educadores e dos profissionais que realizam os atendimentos, a apresentar uma concepção idealizada a respeito das crianças que iniciam seu processo de escolarização. Em tal idealização se espera, de algum modo, uma certa perfeição ou, ainda, que as crianças estejam em estágios avançados no processo de alfabetização, de forma que, só sejam necessários pequenos investimentos pedagógicos para que as crianças escrevam corretamente e se alfabetizem rapidamente. Assim, pensarmos na linguagem escrita, como um processo de apropriação que produz desenvolvimento, exige falar também, no tipo de processos de ensino e de aprendizagem.

5.4.2. O entendimento dos profissionais sobre a presença do escolar na saúde: Medicalização da Educação

Ao meu ver, o professor não está preparado para lidar com 30 ou 40 crianças, algumas com dificuldades comportamentais, outros com ritmos de aprendizagem muito diferentes uns dos outros; outros com dificuldades para manter o controle. Então, aí eu vejo que inicia um processo do professor querer delegar para que o profissional da saúde aborde aquilo que o professor não consegue abordar na sua totalidade, só pelas beiradas. Me preocupa agora as aulas de inclusão, pois elas tem feito mais evidente as limitações do professor para orientar e manejar os diferentes graus de dificuldade ao interior da própria sala de aula. (Psicóloga 2)

Ao tentarmos compreender qual a força que explicaria a saída do aluno do contexto escolar para a saúde, encontramos na fala da psicóloga, o entendimento de que, o professor não teria a formação e, o preparo, que permita atender à diversidade de situações vividas no processo de escolarização, motivo pelo qual, buscaria na área da saúde o auxílio para isto. Na

percepção desta profissional, as conquistas do movimento de inclusão amplia a diversidade existente na sala de aula e, portanto, os desafios enfrentados pelo professor.

Assim, dentro de tal diversidade estariam, como identificamos no subcapítulo anterior, aspectos relacionados à atenção, à concentração e à memória em que prevalece uma compreensão naturalizante sobre tais funções. Na maioria das falas apresentadas nessa questão, verificamos a ideia de que a falta de atenção e concentração seria na verdade, uma falha intrínseca do indivíduo, diferentemente do que postula o Enfoque Histórico Cultural, que entende que, concentração, atenção e memória deixam de ser funções primárias, reflexas e involuntárias que, no processo de humanização por meio da educação, se transformam em funções psicológicas superiores. Transformações estas às que Vigotsky e Bozhovich se referem como mudanças revolucionárias, sensíveis e sutis, no desenvolvimento psíquico da criança. Mudanças que dependerão da organização do sistema educativo como parte da cultura que é oferecida à criança. Desta forma, concordamos com Hilusca Alves Leite (2010), em que a concepção biológica da desatenção escolar, hegemônica na nossa sociedade, parte da ideia de que há uma disfunção cerebral orgânica que leva esse aluno a sofrer algum tipo de distúrbio, conhecido como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade-TDAH. Sendo esta uma concepção hegemônica, explica em certo sentido, o fato deste diagnóstico ser o mais frequente dentre as crianças atendidas no modelo de atendimento estudado, tal como constatamos na base de dados RIPS que analisamos no início deste capítulo.

Os problemas no processo de escolarização são definidos não só como problemas, mas como um amplo espectro de transtornos e, portanto, de patologia, como vemos na explicação a seguir:

As crianças que atendemos com transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares, são crianças com as alterações que apresentam as crianças dentro do seu desempenho escolar, mas a característica de mistos os dá quando a raiz da situação da criança tem muitos componentes de todo seu desenvolvimento. Por exemplo, nestas mistas há dificuldades de processamento auditivo, dificuldades muito frequentemente posturais, muito frequentemente sensoriais, sensório perceptivas, então é quando se catalogam como mistas (Terapeuta Ocupacional)

A explicação para as dificuldades escolares está posta no amadurecimento para processar a informação, mas não fica claro, segundo a entrevistada, como ocorre esse processo de maturação. A entrevistada não nega a importância da estimulação ambiental e do contato da criança com diferentes situações, mas valoriza os antecedentes genéticos. Assim, considera

memória, atenção, motivação, concentração, como o processamento auditivo como dispositivos básicos da aprendizagem.

Então nossas crianças da atualidade tem muito menos de atividade física, são crianças que estão em apartamentos mais pequenos com menor possibilidade de explorar por meio do corpo, são crianças que dificilmente vão escalar uma árvore ou subir em algo, ou não o fazem tanto. Talvez vão a um parque não com a frequência [...] que o faziam as crianças de nossas épocas; que brincavam na rua, caíam e tinham estas experiências motrizes que agora já não tem. As crianças desde muito pequenas estão expostos a telas sensoriais, crianças que podem passar muito tempo vendo uma tela de TV ou de computador vendo videos musicais, inclusive video games [...]

Na explicação dos problemas aparecem mencionados também, os aspectos da cultura como a exposição cada vez mais cedo à tecnologias, uma mudança nas atividades lúdicas e de jogo das crianças que limitam o trabalho com o corpo e com jogos mais criativos, como também uma série de exigências do tipo escolar que não condizem com uma devida preparação dos escolares no período pré-escolar para vivenciarem as exigências próprias do processo de escolarização. Embora sejam elencados e explanados estes aspectos por parte da profissional, não há uma noção de como esses elementos aconteceriam numa dinâmica interconectada no desenvolvimento, ou seja, não se trata de uma somatoria de elementos que acontecem de forma isolada ou independente na criança, e sim, numa relação dialógica e constitutiva da personalidade do escolar.

Desta maneira, uma das razões pelas quais os escolares são deslocados para a saúde, corresponde a um entendimento hegemônico e genérico do desenvolvimento e da aprendizagem, que acaba por explicar à criança e sua constituição como sujeito a partir de uma dimensão biológica.

Tenho algumas discordâncias com alguns professores pelo motivo de encaminhamento, mas nem sempre, porque entendo que quando elas chegam aqui, inicialmente estão sozinhas e eu conheço elas melhor, por isso quando a queixa é por normas, concentração, e etc., eu coloco eles para trabalharem em grupo e eu vejo em muitas ocasiões, que a criança num espaço grupal tem um comportamento diferente daquele que a escola narra sobre ela. (Psicóloga 2)

A busca de auxílio por parte dos professores sobre as alternativas que oferece o âmbito da saúde, como solução para os problemas de comportamento é considerada por autores brasileiros (TESARO, 2016; LEITE, 2010, COLLARES; MOYSÉS, 2010) como uma privatização/terceirização das responsabilidades e competências da educação. É lamentável a ideia de que no consultório terapeutico existem mais condições de conhecer à criança e lhe oferecer um espaço mais adequado para resolução dos problemas que foram gerados no

contexto escolar. Sem desconhecer os limites impostos pela dinâmica abarrotada de uma sala de aula com 40 crianças, vemos que esse “conhecer melhor” o aluno corresponde à unidade entre afeto e cognição, que outorga subsídios para a atuação do professor resultando numa aprendizagem desenvolvimental.

Por outro lado, a grande maioria dos entrevistados apontaram a privação do brincar como um dos elementos que compõe a multideterminação sobre a presença do escolar na saúde. Neste sentido, os profissionais entendem que não disponibilizar momentos e condições para que a criança brinque, retira possibilidades para sua aprendizagem e, portanto, retira oportunidades para seu desenvolvimento. Como referimos no subcapítulo 1.1, entendemos o brincar na Educação Infantil como atividade guia imprescindível da educação, ao tempo em que se constitui em atividade longitudinal à infância e que, continua tendo sua importância nos estágios seguintes do desenvolvimento, com destaque para o processo das funções psicológicas superiores tais como a imaginação, a linguagem oral, o afeto, a atenção voluntária, o pensamento abstrato, a memória e a função simbólica na criança o que muda qualitativamente o desenvolvimento humano (ARIAS, 2014).

Nós tivemos oportunidade de trepar em árvore, brincar na rua, fazer não sei quanto. [...] Os pequenos de hoje... primeiro os apartamentos são deste tamanho (realiza um gesto com a mão para indicar que são espaços pequenos) e ¿onde vão brincar? É claro, elas têm que brincar porque como ser humano precisam brincar[...] então “dano a parede da minha mãe, porque não tenho onde brincar, sim? E nem as escolas muitas das vezes tem espaços apropriados para isso. Você encontra que além de não terem mais aula de educação física como se tinha antes, muitas escolas não têm quadra ou espaços que permitam às crianças correr, pular, jogar uma bola. É muito confinamento e pouca possibilidade para brincar. Cali não é que tenha uma quantidade de parques onde esta garotada tenha oportunidade para sair com segurança. (Terapeuta educativa especial)

Pesquisas recentes (GASPARETTI, 2017; SILVA, 2017; TEJADA, 2014); mostram a importância para o controle e o domínio da própria conduta, das atividades lúdicas e de jogo nas crianças. Ana Maria Tejada Mendoza, na sua dissertação de mestrado (2014) apresenta Chico, uma criança de 8 anos de idade, cursando segundo ano do Ensino Fundamental e pertencente a uma família de classe média. Esta criança foi diagnosticada com TDAH quando contava com 5 anos de idade, com indicação de terapia medicamentosa com Ritalina de segunda a sexta feira, durante o período escolar. O pai da criança aponta como um dos elementos responsáveis na desorganização da atividade do seu filho, o fato de, não contar com certa frequência de momentos e espaços para brincar. Chegou a apontar também, que seu filho era

“uma criança normal” em contextos que lhe ofereciam, pelo menos uma vez por dia, um espaço para pular, brincar e correr, reconhecendo nele a possibilidade de se debruçar em atividades que requerem um alto nível de atenção. Por outro lado, Patto, no seu livro *O fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebeldia* apresenta Ângela, uma menina de 8 anos de idade, pobre, estudante de uma escola pública de uma região de periferia do município de São Paulo, com uma história de reprovação escolar sendo considerada “fraca” academicamente. Na história desta menina, como é de se esperar na multideterminação das queixas escolares e do fracasso escolar, se interconectam vários elementos. Nos interessa aqui, o fato dela ter sido apontada pela sua professora, como “imatura”, pelo fato de querer brincar de bonecas na escola. No relato feito pelas psicólogas que atendem Ângela, desde pequena, a criança tem, como parte de sua rotina em casa, ajudar a mãe nos afazeres domésticos. Ela cuida dos irmãos mais novos, lava louça e limpa a casa, ocupando a maior parte do seu tempo para essas atividades, após o horário reservado para as aulas. A escola no caso de Ângela como de muitas crianças, especialmente pobres, além de ser um espaço de desenvolvimento e de apropriação de conteúdos, é o espaço onde elas acreditam seja possível brincar, ser aquela criança com direito a espaços, momentos e possibilidades de brincar, principalmente quando, como apontado na fala da entrevistada anterior e, como as que seguem a continuação, os poucos espaços sociais, familiares e da cidade não vão ao encontro desta necessidade delas:

Então não há um mini parque por que já casi não há zonas verdes, tudo é cimento, [...] Antes tínhamos zonas verdes, uma árvore onde a criança trepava, saltava, corria; agora não, agora encontramos instituições educativas muito pequenas, com cimento por toda parte. Até onde nos alcança a visão tem cimento, e onde dizem à criança “tome cuidado, por aí não pode correr”. [...] essas são as crianças que chegam na minha consulta, com seus padrões motores básicos imaturos para sua idade. [U]ma criança com sete, oito anos que não sabe pular bem nos seus dois pés. Encontramos que sua casa é um espaço súper pequeno, onde não há muito espaço para correr e então, tudo isso vai afetando. Se está bem estruturada, a aula de educação física na escola poderia ajudar muito nisso, mas não é o que temos por aqui (no país) nestes dias. (Fisioterapeuta)

Deste modo, a fala anterior revela dois elementos que se relacionam com as condições que as políticas públicas para a cidade oferecem para o ócio⁷⁸, o lazer e a recreação, sendo estes

⁷⁸ Sue (em Cuenca, 2003) organiza as funções do ócio em três grupos: psicológicas, sociais e econômicas. No grupo das funções psicológicas, inclui as funções de desenvolvimento, diversão e descanso, compreendendo que tais funções atendem, possibilitam equilíbrio psicológico ao indivíduo. As funções sociais estariam relacionadas com a integração social, o simbolismo e a terapia. A socialização refere-se às condições de trabalho, na atualidade, a urbanização intensa e as novas formas de viver geraram um isolamento e enfraquecimento da comunicação

elementos fundamentais na promoção da saúde física e mental quando permitem o encontro entre as crianças e as pessoas em geral, o brincar livre e o uso do tempo livre. Por outro lado, a necessidade de que no espaço educacional, a grade curricular articule ou recupere disciplinas que antes faziam parte do currículo, tal o caso das aulas de educação física:

dizer... “Hei, incrementemos a parte de terapia física, vamos fazer com que a educação física seja uma fortaleza”. (Terapeuta Educativa Especial)

Embora se entenda que na relação de aproximação entre saúde e educação possam existir possibilidades, finalmente termina-se colocando essa relação em termos de gerar uma demanda, que continua retirando a criança da sala de aula, encaminhando-as às instituições terapêuticas, onde terminam realizando atividades que competem e correspondem serem trabalhadas no âmbito pedagógico, tal o caso das aulas de educação física. A respeito disso, fizemos uma devolutiva desta nossa impressão à profissional, pontuando, se isso que ela propunha trabalhar na dimensão corretiva e da terapia, não poderia ser trabalhado na dimensão educativa, e, portanto, potenciadora e preventiva das alterações no desenvolvimento. Ela referiu:

Fisioterapeuta: A educação física como é chamada aqui, poderia servir muito, o problema é que aqui, na Colômbia, tem se perdido muito o que víamos antes, que era que, a atividade física era [...] exercício programado, regulado e com um objetivo principal. [...] Antes o que encontrávamos era que a educação física era uma matéria muito bem estruturada. De fato, veja só o tanto de criança que chega aqui com problemas posturais e comportamentais desde que aquilo mudou.

Deste modo, a profissional revela fragilidades que pouco a pouco foram se instalando no sistema educacional em que, anteriormente, a educação física formava parte da grade curricular. Área que já na época higienista os médicos escolares tinham pontuado como importante na preparação do escolar, tais como o jogo e a atividade física. Nas novas configurações do sistema educacional, estas atividades em muitas instituições passam a ser optativas. Perante este argumento, lembramos da institucionalização do movimento de higiene escolar presente nos ideais escolanovistas (ZULUAGA, 2001; SAENZ et al. 1997) de começo

interpessoal de tal modo que o ócio, seria um contraponto. A função simbólica e terapêutica sinaliza que o ócio oferece a percepção de identidade, pertencimento a uma categoria social, a afirmação pessoal com relação aos demais, e a possibilidade de contribuir para a manutenção da saúde física e mental. Dentro das funções econômicas destaca a crescente observação de gastos pessoais, familiares com atividades de ócio, bem como a incidência do ócio na economia e vice-versa. Assim, Sue pergunta diante de toda a possibilidade que o ócio oferece: o que é o ócio? Consumo ou alienação?

das décadas de 1920 a 1940. Sem pretender fazer uma apologia às concepções adaptacionistas ou racistas pulsantes nestes ideais, não poderíamos deixar de reconhecer que nas contradições próprias dos conhecimentos que iam se consolidando na história, o movimento higienista, articulava os conhecimentos da biologia, da saúde e da psicologia, em uma série de práticas direcionadas à infância que entendiam, uma “transformação da sociedade através da ação educativa em prol da saúde”. Sabemos, pelo que estudamos no capítulo 3 desta tese, que ainda que, primasse uma concepção segregacionista e racista neste período, a importância concedida à educação em direção de promover o desenvolvimento estava presente na organização escolar.

Retomando a informação subministrada pela fisioterapeuta, sobre as fragilidades do sistema, podemos identificar que, a maneira em que se estruturam as políticas para saúde e educação na Colômbia, cria grandes lacunas. Por exemplo, o sistema de educação e saúde em certo modo, se coloca contrária da nova visão da OMS e da OPAS sobre a promoção da saúde. Este tipo de visão que, de fato domina em ambos os lados, a saúde e a educação, reforça o antigo sistema que as novas diretrizes destes organismos internacionais tentam superar, ou seja, a de uma saúde baseada na ideia de enfermidade vs cura. Estes furos deixam um grande espaço para que a educação se desloque do seu lugar e o olhar sobre as alterações no desenvolvimento, de tal forma que são explicadas sob uma ótica que não atinge o problema essencial, o da fragmentação do indivíduo e a negação do direito a uma educação capaz de promover aprendizagem e desenvolvimento por meio de um ensino de qualidade. Os desajustamentos no desenvolvimento e o fracasso escolar da criança escolar se torna neste sentido, funcional para a lógica deste tipo de sistema e de um modelo que continua a atuar sobre a patologia.

Outro elemento que foi identificado pelos entrevistados e que, vem se somar à multideterminação que explica a presença da criança escolar na saúde, é a expectativa dos pais e professores sobre a alfabetização precoce:

Recebemos crianças que tiveram a experiência de estar numa creche e com 3 anos terem aprendido a ler. Foram crianças que não subiram numa árvore e, de igual forma, conseguiram ser funcionais, mas não com todas as crianças isso acontece.[...] Então, para mim, tem muito a ver lamentavelmente com isso... Essas mudanças educativas em que as crianças estão vendo letras quando ainda sua condição motora não está amadurecida. Eu acredito, que essas duas coisas tem uma implicação importante. [...] o pouco tempo que têm as crianças para brincar e o que acontece na escola
(Fisioterapeuta)

Então, mais ou menos 6 e meio anos a 7 anos você está em primeiro fundamental, que é o lógico[...] Então quando a senhora me diz “é que meu filho tem 6 anos e está em terceiro do fundamental um” eu lhe disse “quê hora ele fez pré-escolar?” E ela: “Ah não, é porque ele é muito inteligente” E eu:

“Ah bom isso é uma maravilha senhora, isso me parece muito bem, mas quê hora a criança fez o pré-escolar? porque pré-escolar é todo o aprimoramento, esquema corporal, a atenção, a motricidade grossa, a motricidade fina, a lateralidade, a espacialidade, a esperar sua vez. Quê hora ele fez tudo isso? Porque quando a criança chega no Ensino Fundamental deve ter tudo isso.
(Neurologista pediatra)

Os profissionais entendem que as expectativas colocadas na criança por parte dos pais e da escola, acabam por exigir desempenhos e atitudes para as quais elas não foram devidamente preparadas. Consideramos que os profissionais se aproximam neste sentido, aos postulados do Enfoque Histórico Cultural, quando entendem que, a educação na infância deve garantir que a intervenção pedagógica, as atividades programadas, e os objetivos destas, atendam às particularidades de cada idade ou período do desenvolvimento. Sobre os desdobramentos negativos que isto pode trazer e que, terminam fazendo com que, as crianças escolares compareçam na saúde para se submeter a procesos compensatórios da educação, a psicóloga e a terapeuta educativa nos contam:

Tem uma coisa que sempre me preocupou muito e é a visão que se tem do pré-escolar. Antigamente o pré-escolar era um período de aprestamento, de lhe dar à criança uma série de elementos prévios a... Isso não quer dizer que não houvesse um trabalho de pequenos conceitos, havia isso também, mas a forma em que se configura hoje o pré-escolar é terrível. As crianças tem lição de casa, são pressionadas a escrever o nome e por mera imitação, porque com o nome na louça o que eles fazem é tentar copiar. Então, eu penso que quando se desviam os objetivos do pré-escolar e se inicia a parte escolar mais formal, começam a aparecer todo esse tipo de problemas [...] Então infelizmente se coloca uma ênfase em que a criança tão pequena realize atividades como apreender números e etc. Nesse momento os professores se surpreendem ou se incomodam quando a criança faz por exemplo o número 3 para o lado contrário e ele parece não ter as estratégias para resolver isso. Quando chegam aqui, começamos a encontrar por exemplo em terapia ocupacional que a criança tem uma série de dificuldades em outras áreas do desenvolvimento como sua área motora. É triste, mas é como se entre mais novinha a criança tem contato com a escola, as chances dela terminar sendo presionada a ser adultizada entre aspas, fica maior (Psicóloga 2)

A psicóloga apresenta os objetivos que se perseguem com a educação pré-escola como potenciadora do desenvolvimento da criança e como possibilidade para sua inserção no processo de alfabetização. No entanto, ela manifesta ter identificado uma mudança na clientela que ela recebe no seu consultório. Esta mudança nas características da população atendida na sua consulta pode se dever ao fato da educação pré-escolar se tornar obrigatória dentro da organização do sistema educacional colombiano. Ou seja, uma vez a criança ingressa no sistema educacional, aumentam as possibilidades de ser encaminhada para os serviços de saúde em

razão da sua aprendizagem, seu comportamento, sua maneira de brincar, dentre outras causas. De qualquer forma, afirmar isto é ainda mais perigoso. A afirmação encerra uma prática legitimada e por demais violenta, de retirar à criança do espaço da sala de aula cada vez mais cedo, para se tornar um paciente dos programas de atendimento em saúde mental em função de ser forçada a desempenhar atividades para além de suas possibilidades:

Neste mesma direção a terapeuta educativa especial refere:

quando você começa a investigar um pouquinho mais embaixo, descobre que são crianças que na sua compreensão da linguagem, aparentemente fala perfeito, mas quando têm que demonstrar, compreender e tirar conclusões do que você fala com elas, se perdem. Por exemplo, se na linguagem diária não consigo compreender o quê é que você tenta me dizer, qual a mensagem, como pretender que na leitura, onde não há interlocução do olhar, do gesto, etc., é só texto, texto com um monte de letras, signos, que para a criança com quem não se trabalharam previamente outras coisas, antes de botá-la para ler e escrever, para ela, em aparência o texto pode não expressar nada, ela se angustia, porque custa para ela achar o sentido e, a culpa, não é dela... (Terapeuta Educativa Especial)

A profissional demonstra novamente a importância da Educação Infantil como fase que garante aquisições fundamentais para o adequado processo de alfabetização. Se a criança não consegue desenvolver a linguagem oral, de modo a compreender o significado das palavras, ela terá dificuldades na aquisição da linguagem escrita. O sentido do qual fala a terapeuta e pelo qual insenta à criança de responsabilidade, nos faz pensar na relação professor-aluno, aspecto de extrema importância nas crianças de idade escolar que permite que os motivos fortemente afetivos se tornem eficazes no processo de escolarização quando, “assumidos como ponto de partida do trabalho pedagógico e trabalhados como mediações para tal atividade. O papel do(a) professor(a) na transformação desses motivos afetivos em motivos cognitivos é essencial”. (ASHBAR, 2016. p. 175)

Por outra parte, os profissionais entendem que quando a alfabetização é imposta de forma precoce, há um cenário propício para algumas crianças desenvolverem uma atitude desfavorável perante a atividade de estudo. Outras, apesar de se mostrarem interessadas pela atividade de estudo, podem apresentar dificuldades para resolver problemas intelectuais, orientando-se por estudar sem compreender, tentando adivinhar, atuando por um modelo sem questioná-lo, entre outros.

Outro tipo de situações que se apresentam como justificativas para o atendimento de questões escolares no âmbito da saúde se relacionam com as seguintes falas:

para manter uma postura adequada no nível do alinhamento cervical e do pescoço, então é uma criança que vai cansar e é comum vê-la deitada sobre a escrivaninha, ficando atrapalhada ou incomodando o seu companheiro, porque não tem nem o suporte muscular necessário para manter essa postura e manter sua atenção, então olha, como a partir desse desequilíbrio muscular a situação da criança se vê alterada. (Fisioterapeuta)

A profissional se refere a crianças que chegam para o Ensino Fundamental e para o alfabetização sem o desenvolvimento adequado dos aspectos motores e posturais, bem como da atenção, que são condições necessárias para as exigências do Ensino Fundamental.

Ainda sobre esta justificativa a fisioterapeuta continua:

muitas vezes sua maneira de apresentar seu problema de aprendizagem é por meio da conduta, para ela [a criança] pode ser mais simples ser o indisciplinado da sala, ser o palhaço, aquele que incomoda que é catalogado como o que não pode. Então, eles, inconscientemente tentam [...] enfrentar situações específicas da escola e o que fazem é ir para o lado extremo, a modificar sua conduta para ser reconhecida como a que mais incomoda, a que é mais agressiva, o arteiro da sala [...] (Fisioterapeuta)

Nestas condições, quando a criança não consegue atender as exigências da atividade escolar, instala-se um problema de conduta, fenômeno este que Bozhovich conceituou como a perda interna da posição do escolar. O que chama a atenção nesta fala é o fato de que estas são situações que se desdobram das deficiências e fragilidades da organização da educação na educação escolar de forma geral.

Tentamos interrogar os dados obtidos para compreender as forças que promovem o fluxo de encaminhamentos de escolares para a área da saúde. Identificamos, deste modo, a partir das vozes escritas nos prontuários de atendimento, quanto nas vozes faladas nas entrevistas com os profissionais, as bases epistemológicas que orientam a compreensão sobre infância, desenvolvimento e aprendizagem tanto em professores que encaminham, como em profissionais da área da saúde que atendem os escolares encaminhados pela escola. Identificamos, que estas bases epistemológicas orientam também, as práticas profissionais que deslocam questões pedagógicas ao território da saúde, bem como para, no campo da saúde, explicar os problemas pedagógicos em termos biológicos e de distúrbios comportamentais originados exclusivamente na criança. Em resumo, uma lógica que reforça outra.

Revisando com os entrevistados os elementos apresentados por eles e, inspirados no artigo *Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia* (SOUZA, 2002), quisemos frisar este aspecto com os nossos entrevistados, de forma a fazer uma provocação que retomasse os

próprios elementos levantados por eles sobre o papel da cultura, do social, a fragilização do sistema educativo, a formação dos professores, sobre a configuração das políticas públicas, as orientações das agências internacionais, em fim, sobre essas outras possibilidades de leitura que em vários momentos assomaram nas suas falas. Então dizemos: “e será que estamos falando de problemas de aprendizagem ou tal vez, poderíamos falar de problemas na escolarização?”. A expressão dos entrevistados perante tal instigação foi de surpresa unânime, tal como unânime foi a resposta: “não tinha pensado nisso”.

Nesse sentido, defendemos que são estas bases epistemológicas as que sustentam uma compreensão dos fenômenos históricos, sociais, culturais, políticos e ideológicos para transformá-los em fenômenos meramente biológicos, genéticos, raciais e individuais. São estas bases epistemológicas as que, no caso da educação, tem transformado o abandono pedagógico, os problemas e as dificuldades que se apresentam no processo de escolarização, em problemas orgânicos e de aptidão ou inaptidão de umas pessoas com relação a outras, processo este conhecido como Medicalização da Educação.

O conceito de medicalização decorre dos trabalhos desenvolvidos pelo pensamento social, com destaque para os anos 60 e 70, por autores como Ivan Illich (1975); Thomas Szasz (1970), Eliot Freidson (1978), Irving Zola (1972) e posteriormente por pesquisadores como Peter Conrad (1975; 1992; 2005), Nikolas Rose (1994; 2007a) e Adele Clarke et al. (2003). Particularmente no Brasil, este tema tem tido grandes repercussões, inicialmente pelas conferências proferidas por Michel Foucault (1978), ao longo de suas viagens ao país e mais especialmente, na sua conferência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, em que apresentou elementos da relação medicina e medicalização. Posteriormente, encontramos o trabalho pioneiro em Saúde Coletiva e referência para América Latina, da socióloga Cecilia Donnangelo.

A pesar de termos encontrado ao longo das análises uma série de compreensões e intervenções consideradas como medicalizantes, constatamos que os profissionais do modelo analisado não tem tido aproximação com o conceito ou, nem sabiam que ele existia. Fizemos para todos os profissionais, no final da entrevista a pergunta: Você tem ouvido falar sobre medicalização da educação? A maioria respondeu não ter ouvido nunca o termo, em quanto que outros o relacionaram com medicamentação.

5.4.3. *Qual a natureza das relações entre a saúde e a educação*

Entendendo que as relações entre saúde e educação no caso colombiano próximas do que conhecemos hoje, tem suas raízes em finais do século XIX, sofrendo uma série de transformações e complementariedades, quisemos entender, a partir das falas dos entrevistados, às características dessa relação no modelo de atendimento analisado.

A terapeuta ocupacional, uma das fundadoras do serviço de atendimento estudado, nos revelou alguns aspectos da criação e filosofia do programa. Se bem no início, o Programa pretendia dar apoio aos professores sobre o atendimento e desestigmatização da criança com epilepsia, sua intervenção se re-orientou para o atendimento de crianças com supostos problemas de aprendizagem, a partir do qual foi criada uma demanda:

o projeto nasce [dando] atendimento a pessoas com dificuldades de aprendizagem inicialmente com epilepsia nas escolas. Mas quando se inicia a caracterização dessas crianças que são as que se inscrevem no projeto, encontramos que há menos epilepsia e mais dificuldades de aprendizagem e que, da mesma forma, os docentes não sabiam como abordar as condições destas crianças. Então, o projeto se torna amplo [...] e sai desse estigma de que era somente para epilepsia.

A profissional comenta como a relação estabelecida iniciou com a escola pública, para quem se organizaram diferentes formas de oferecer informação e formação direcionada a professores e à comunidade em geral:

Iniciamos a trabalhar com as escolas públicas e privadas próximas à instituição onde estamos. Aí o que se buscava era, dar também informação à comunidade fazendo congressos, oficinas com docentes e se começou a trabalhar para que os docentes reconhecessem a existência de uma rede de trabalho tanto entre família, equipe terapêutica e instituição educativa

A profissional conta também, sobre outra dimensão da relação do programa com as escolas, que tem como característica, o deslocamento de membros da equipe para estabelecer contatos mais diretos com a escola:

[o trabalho] não se baseava só em fazer terapia com a criança senão, que a equipe terapêutica desta instituição se vinculava ao colégio que a criança frequentava, se falava com o docente, se fazia reunião com a equipe psicossocial na escola, se existia claro, e, se trabalhava e orientava sobre a forma de abordar as necessidades da criança. Por meio dessas reuniões de saberes e de recoleção de informações de ambas as partes, se logra informar sobre o procedimento a seguir para a criança. Com a mãe se faz a mesma coisa, então mais ou menos assim se inicia, com essa ideia é que o Programa surge.

Vemos deste modo que, a equipe profissional é quem cria nas escolas, a possibilidades de que as crianças sejam encaminhadas para a instituição de saúde. Depois desse primeiro passo na criação da demanda, o programa se fortalece e adquire uma nova identidade e uma nova orientação; a de que o professor compreenda que existem crianças com “problemas na sua aprendizagem”, o qual, nesta orientação, não poderia ser resolvido dentro da educação, podendo se servir dos serviços ofertados pela instituição de saúde. Nesse caso, o que o professor e a escola podem fazer, é, uma vez que as oficinas e as informações do programa instalam um olhar clínico neles, estes poderão como nos velhos tempos do movimento higienista no país, identificar “o risco” e a “anomalia” no ambiente escolar. De fato, soubemos que, são entregues nas oficinas, uma espécie de check list, que tem por objetivo, auxiliar o professor em tal identificação.

O programa, inscrito no sistema de saúde e seguindo a lógica que existe ao interior deste sistema, constantemente realiza ações para criar novos e fortalecer antigos convênios, que garantem o fluxo dessa população, chegando inclusive, a oferecer bolsas e bonificações para garantir o acesso da população de baixa renda:

Nosso programa têm convênios com instituições nas que temos encontrado população, digamos, com a que é possível realizar intervenção precocemente. Temos convênios com escolas nas que damos informação aos professores e diretivos de quando podem encaminhar a criança para consulta, quando podem suspeitar que uma criança poderia estar apresentando uma dificuldade no seu desenvolvimento. Então, temos convênios principalmente, com escolas e temos outros convênios com entidades de saúde cujos neurologistas encaminham para a nossa instituição uma vez eles realizam sua avaliação e estimam necessária a intervenção terapêutica.

Deste modo, vemos que, a aproximação que a instituição de saúde realiza com as escolas, termina criando um nicho para a demanda de encaminhamento de crianças escolares para saúde, isto na medida em que, oficinas e capacitações promovidas acentuam, de um lado, uma visão de infância, de aprendizagem e de desenvolvimento que não leva em consideração a integralidade do biológico, o social e o cultural. Do outro lado, a ideia de que existiriam problemas de aprendizagem na criança e não problemas na escolarização e, portanto, problemas que devem ser resolvidos no consultório terapêutico. Neste sentido, o Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem se revela como um modelo tradicional de atuação profissional em saúde, perpassado pelas ideologias e matrizes epistemológicas organicistas de orientação norteamericana, que atravessam o encontro entre as duas áreas, enraizando

compreensões e práticas hegemônicas sobre o desenvolvimento infantil, o processo de aprendizagem e as dificuldades que se apresentam no processo de escolarização.

As intervenções precoces das que fala a profissional no trecho acima, ao nosso entender, só adquirem algum sentido e utilidade quando orientadas a produzir desenvolvimento na criança. Quando, como temos insistido ao longo do texto, destacam o ensino orientado e dirigido na formação do pensamento, na formação de suas funções psíquicas superiores e, na promoção de condições de autonomia na criança para que ela alcance o próprio domínio de sua conduta. Ou seja, quando elas se direcionam a fortalecer o lugar da educação como verdadeiro promotor de aprendizagem e desenvolvimento.

Sobre outra dimensão da relação entre saúde e educação neste programa, os profissionais falam de outro tipo de aproximação que se dá em razão de discutir a situação da criança que foi encaminhada pela escola e atendida na saúde. Trata-se de reuniões com os professores da escola responsáveis pela criança encaminhada:

Quando me pedem um relatório para a escola, eu evito fazê-lo. Prefiro ir e atender lá na escola e não deixar o registro escrito. Porque desafortunadamente, o que você deixa escrito, pode ser mal interpretado e é uma coisa que você não tem como discuti-la. Enquanto que, ir na escola é uma das coisas mais ricas do mundo, mas não voltei a fazer isso, porque... por mil coisas não tenho tido tempo. A última vez foi há um mês, quando fui com T e P a numa escola. Sim, saímos daqui 13h30. Foi delicioso, porque pudemos escutar a percepção de professor, o quê é que o professor sente. Finalmente, a eles também foi lhes soltada uma batata quente nas mãos, entende? Lidar com aquele que tinha capacidades, mas também, lidar com o que não tinha capacidades. (Terapeuta Educativa Especial)

No geral, pudemos encontrar uma posição favorável e disposta dos profissionais para se aproximarem da escola. Geralmente, esta aproximação, como se apresenta no trecho acima e no trecho a seguir, são realizadas principalmente, com o objetivo de oferecer devolutivas à escola sobre o processo de intervenção que se realiza com a criança, bem como para realizar sugestões de manejo no ambiente escolar:

Nós temos contato com os professores em muitos casos. Por questões de tempo, temos que fazê-lo por e-mail ou por telefone. Nos comunicamos por telefone e enviamos um relatório para a escola. Para que a escola conheça sobre o andamento do processo da criança e acolha as recomendações que devem ser implementadas com ela. Em muitos casos sugerimos mudanças, por exemplo, nos métodos de avaliação, nos tempos da avaliação, na forma em como se apresentam, inclusive, as aulas para o aluno. Fazemos as recomendações. Muitas escolas não acolhem as sugestões porque a administração da escola não o permite. Algumas escolas acolhem outras não.

Nos reunimos periódicamente com as psicólogas das escolas do Sistema S⁷⁹. Elas vêm periodicamente e analisamos caso por caso, avaliamos se o paciente tem sido ou não regular com sua assistência às sessões de terapia, se cumpre ou não com as lições que deixamos, se o processo encontra-se atolado em algum aspecto, avaliamos os avanços e retrocessos. (Psicóloga)

No caso das escolas do Sistema S, o Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem parece ter conseguido criar um certo protocolo em que, o contato com as psicólogas é regular, isto, de alguma forma, permitiria realizar articulações com o ambiente onde se gera o encaminhamento. Isto constitui um avanço, pois se esperaria que os dois setores estivessem pensando e articulando estratégias para a superação das condições, que no ambiente escolar, familiar ou social da criança estejam gerando a situação. Não obstante, apesar de que nesta pesquisa realizamos a revisão e análise de prontuários de crianças que pertenciam ao convênio descrito pela profissional, não encontramos registros que dêem conta deste tipo de “trabalho conjunto” e nem dos desdobramentos do mesmo.

Observamos em termos gerais o reconhecimento por parte dos profissionais do modelo analisado, de que no processo terapêutico que se leva com as crianças deve existir uma articulação com as diferentes esferas da sua vida. No entanto, tratando-se do ambiente escolar, existem limitações importantes para que isto realmente se efetive, principalmente, porque encontramos um protocolo de atendimento que, ao tempo que preserva a singularidade da intervenção de acordo ao caso, exija ao mesmo tempo, a necessidade de aproximação e diálogos com o ambiente escolar que está gerando os encaminhamentos.

Outro elemento que limita o estabelecimento de relações efetivas e não medicalizantes entre a escola e o serviço de saúde, refere-se ao tempo que elas podem dedicar às diferentes dimensões do processo de atendimento, em razão das condições de trabalho em que os profissionais realizam seu labor técnico. Ou seja, os profissionais do modelo analisado enquadram sua intervenção nas condições de trabalho após a reforma da Lei 100 de 1993, deste modo, são profissionais que não contam com direitos trabalhistas garantidos pelas políticas do país. Como explicamos no capítulo 4 deste trabalho, isto na prática quer dizer que estes

⁷⁹ São escolas pertencentes a um tipo de Sistema S, onde valores arrecadados das próprias contribuições do setor industrial se redistribuem à população em políticas de compensação social como cultura, educação e esporte, para a comunidade em geral e em especial para a classe que contribui na sua manutenção. Na Colômbia são chamadas *Cajas de Compensación Familiar* e se destacam pela sua natureza “solidária”. Elas, geralmente, são criadoras e administradoras de Escolas que funcionam em caráter particular e que tanto no Ensino Fundamental I como no II, tem uma ênfase na educação técnica industrial e comercial.

profissionais não contam com uma CLT e se locomovem ao longo do dia em vários serviços que lhes permita garantir o sustento para manter condições de vida digna. No caso do no Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem, os profissionais são pagos por paciente atendido. Toda atividade associada à intervenção que não esteja configurada como atendimento em consulta e portanto, dentro do consultório, não é remunerado economicamente. De tal modo que, um trabalho articulado entre os profissionais do modelo analisado e as escolas, encontra-se asujeitado às condições materiais desfavoráveis quanto a tempo e remuneração em que seu trabalho é realizado. Desta forma, as visitas, como bem manifestou a terapeuta educativa especial em algum momento, ocorrem só algumas vezes.

Vimos que uma maior articulação acontece naqueles casos em que a instituição tem estabelecido convênios com escolas do Sistema S que permitem que as psicólogas das escolas e algumas vezes os docentes, se desloquem até a instituição de saúde. O tipo de contrato estabelecido contempla economicamente, os honorários dos profissionais de saúde quando atendem os funcionários da escola na instituição.

Não obstante, aparece um outro elemento que merece especial cuidado. Nos referimos ao olhar, à visão, às matrizes da formação desses profissionais que se reúnem para compreender e discutir, as razões do não apreender ou do comportamento alterado das crianças, que estão na instituição realizando um processo terapêutico a pedido da escola. Desta maneira, vemos que constitui um avanço importante o fato de que estes dois âmbitos, o da saúde e da educação, consigam driblar os funcionamentos institucionais, para pensar juntos na superação das problemáticas que vivenciam às crianças escolares. Não obstante a aproximação destes dois âmbitos não implica necessariamente, na identificação e na superação das condições que se tornam produtoras do não fracasso escolar e da patologização das crianças que assistem à escola. De fato, o que temos podido reconstruir a partir do nosso objeto de estudo é que saúde e educação são áreas que historicamente confluem e que historicamente, como no momento presente, continuam a produzir efeitos medicalizantes na educação, situação que ao nosso ver não será superada enquanto persistam as matrizes epistemológicas fragmentadas e coloniais que sustentam as compreensões da formação dos profissionais nos dois âmbitos em questão.

6. DA TRIANGULAÇÃO DAS FONTES DE DADOS

A triangulação dos dados a partir de desdobramentos das intervenções profissionais na infância: o caso de André e Marly

Para uma leitura mais detalhada do modelo analisado, dada a riqueza de dados obtidos, foram escolhidos dois casos, com o intuito de relacionar as informações obtidas em diferentes fontes. Os casos foram escolhidos sob critério de considerá-los pelas seguintes razões, elegendo os casos mais ilustrativos das características do modelo de atendimento; as consequências e possibilidades do tipo de atendimento que se dá às questões escolares, pelo modelo em foco.

André: Uma terapêutica iatrogênica no desenvolvimento infantil

“Ser maluco é fácil, basta você ter sua primeira internação no manicômio e o sistema faz o resto”.

João Batista-Ex-usuário do CAPS
Jornal Virtual da Saúde Mental Folha de Lório

A história de André é narrada num volumoso prontuário construído ao longo de três anos de atendimento. A cada novo registro deixado no prontuário, acompanhamos entre idas e vindas, as conquistas acadêmicas da criança e seus retrocessos, entre os elogios recebidos nas sessões que tinha regularmente com a Terapeuta Ocupacional, a Fonoaudióloga e a Psicóloga. A cada novo registro com os neuropediatras e com a psiquiatra acompanhávamos um voo que vinha em queda livre, com o espanto dos pilotos por não estarem controlando a situação.

Com o único registro que encontramos da Assistente Social no seu prontuário, sentimos que a pista mais forte sobre a explicação do comportamento de André tinha ficado muito atrás, esquecida nas primeiras sessões dele na instituição, quando a profissional apontou no prontuário o estopim das crises que se instalaram na vida dele e que a medicação só veio a piorar.

Acompanhamos a impotência da psiquiatra no meio de sua escrita breve e descritiva, que transcrevia, literalmente, as palavras que a criança expressava, esclarecendo cada episódio em que era interpretado como uma criança conflitiva e cada vez mais deteriorada pelos medicamentos.

A fala inaugural do prontuário de André foi:

Encaminhado pela escola por alteração comportamental importante; não segue ordens, sai da sala de aula, é agressivo, trata de beijar as meninas pela força; joga pedra nos outros, gosta de brincar com fogo, ateou fogo na roupa da bisavó, seus colegas lhe temem, lê silabicamente, [faz] adições e subtrações, tem valoração das funções cognitivas superiores por neuropsicologia e são normais (Neuropediatra 1)

Uma fala potente o suficiente, para se reproduzir uma e outra vez nos registros do prontuário das diferentes profissionais que o atenderam; narrativas ao parecer reproduzidas e reforçadas também, pelas afirmações da mãe para quem ele tinha tais condutas “desde sempre, desde que começou a andar” “eu descuidei isso e agora vejo as consequências.”

Um registro que focaliza a conduta da criança considerada inadequada, mas que não reconstrói a dinâmica histórica do desenvolvimento dela permitindo compreender a natureza das relações sociais e interpessoais em que a conduta ocorre. Não obstante, uma semana de atendimento com dois contatos com ela, era um pouco cedo para concluir algo nessa direção quando por um lado, é determinante tomarmos a intencionalidade dos atos humanos como unidade para analisar a interferência da educação escolar na dinâmica de formação do caráter dessa criança, apontando as relações e determinações constitutivas dos episódios conflituos, entre as que se destacam a qualidade das relações sociais com o entorno social, familiar e seu desempenho escolar. Por outro lado, era importante levar em conta que tais episódios de acordo com a narrativa no prontuário, se apresentaram uma vez só, sendo que a criança naquelas ocasiões, mostrou-se abatida manifestando seu compromisso para que tais situações não acontecessem mais.

Como se observa no quadro 3 do apêndice, André (pront.19) foi atendido durante 3 anos (de 2013 a 2016) por diferentes profissionais da equipe, recebendo diferentes categorias diagnósticas que remetem a hiperatividade, transtorno de conduta, perturbação da atenção, tendo sido encaminhado aos 7 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, por alteração comportamental, dificuldade de seguir regras e agressividade. Se considerarmos a natureza do diagnóstico que foi realizado encontramos instrumentos como entrevistas clínicas; testes psicológicos (WISC IV); escala de avaliação neuropsicológica infantil ENI e eletroencefalografia que, por sua vez, indica normalidade.

Uma análise cuidadosa dos dados oferecidos pelo quadro 3 que sistematiza a natureza das intervenções realizadas pela equipe e as concepções subjacentes demonstra que, em 2013, a criança *vai bem no primeiro ano da escola, ainda que tenha dificuldade na leitura*. Cabe pensar que ao ingressar no primeiro ano do Ensino Fundamental, a alfabetização é a atividade principal e que as dificuldades no processo sejam compreensíveis. Neste caso constituem-se em

motivo de encaminhamento para a saúde. Segundo a mãe ele *parece gostar de causar mal.....conduta que vem se notando desde que começou a andar*. A dificuldade de leitura, esperada para quem começa a se alfabetizar, cede lugar para a agressividade que passa a ser a principal marca desta criança.

De qualquer modo, nas narrativas iniciais já estava sendo construído um entendimento sobre a criança como difícil ou problema. Dele, as profissionais concluíram uma série de elementos em códigos nosológicos do CID 10. Assim, a Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra concluíram que seu comportamento se enquadrava no (código R463), sendo hiperativo. A Fonoaudióloga considerou que ele encaixava melhor como (F919), tendo assim, um transtorno da conduta não especificado, ao tempo que também encaixava no (F810) transtorno específico da leitura. A terapeuta ocupacional conclui que sim, que poderia ser um (F900), ou seja, uma perturbação da atividade e da atenção, ou, em outras palavras, uma criança hiperativa ou com TDAH. A psiquiatra revisou melhor e achou que tal vez a criancinha se enquadrava melhor no código f929, isto é, transtorno misto da conduta e das emoções não especificado. A assistente social por su parte, manifestou, num código cheio de zeros (000) que o paciente era sadio. O registro da assistente social traz as seguintes informações relacionadas à estrutura familiar, que foram pouco consideradas pela equipe nas intervenções registradas: *“pai ausente; têm existido episódios de violência intrafamiliar por parte dos homens da família”*.

Observamos, portanto, uma diversidade de diagnósticos emitidos pelos diferentes profissionais que, ao que se identifica nos registros, não dialogam entre si respeito das suas impressões sobre a criança. Pela primeira vez, aparece na fala da assistente social, uma informação importante que aponta à dinâmica e contexto das relações familiares da criança. Dados não considerados pelos demais profissionais que atenderam André.

Esta informação que não foi ampliada, sugere, sem dúvida, um caminho importante a ser explorado tanto para explicar o comportamento de André, como para tentar intervenções que indaguem sobre o ambiente familiar e obtendo dados que permitissem organizar uma ajuda a partir de uma concepção mais integradora do desenvolvimento humano. Não obstante, não é o que se observa se considerarmos as concepções sobre a aprendizagem e o desenvolvimento humano, bem como as teorias assumidas pelos profissionais, como demonstram os dados das entrevistas no capítulo cinco. Predomina entre os profissionais, concepções e explicações reducionistas que não abarcam a integralidade do funcionamento psíquico e não contemplam as condições sociais e culturais como constituintes do sujeito. O relato dos profissionais aponta como abordagem teórica a psicologia cognitiva, a psicanálise ou um discurso confuso que

menção as variáveis da cultura mas não permite compreender seu papel na determinação dos fenômenos estudados.

Assim, temos em cena quatro grandes atores: Uma mãe que apresenta a criança como “rara desde sempre”; uma escola que acaba de “acolher” uma criança que inicia seu processo de escolarização e, não conseguindo mediar e validar as reações da criança perante as provocações dos seus colegas de sala, a encaminha para uma equipe de profissionais em saúde em que, vários deles acreditam que a criança tem um problema psiquiátrico. Apesar de que cada um destes atores aportarem informações ou reclamações sobre a criança, suas versões não conseguem se encontrar de forma a compreender e explicar o comportamento dela. Ao considerarmos o fato da escolha de encaminhar uma criança de sete anos de idade, as falas da mãe, e as intervenções realizadas por parte dos profissionais sobre esta criança, poderíamos pensar que não estão suficientemente integradas para explicar a integralidade do processo de desenvolvimento humano e o papel da educação e da cultura. Há uma ideia, uma abordagem que explica a criança difícil dentro de uma formação de caráter predeterminado por umas características herdadas e imutáveis. A cada nova informação levantada pela mãe sobre conflitos em casa que envolvem a criança ou, pela escola, incrementam-se as suspeitas de anormalidade e de uma certa “loucura” dele.

O encaminhamento para avaliação neuropsicológica permite que, depois de dois anos de atendimento e com duas internações em unidade psiquiátrica, se enviem orientações para a escola, visando que André se aproprie melhor dos conteúdos escolares. Observa-se que, ocasionalmente, a mãe é incluída no atendimento para explicar os procedimentos e dar recomendações sobre o manejo da criança em casa. No entanto, não se observa no prontuário, nenhuma informação de como a orientação foi recebida e realizada pela mãe, como também parece não ter sido levado em conta, as possibilidades de que tais orientações sejam operacionalizadas, levando em conta as condições objetivas do grupo familiar. Considerando que orientar e a compreensão dos responsáveis pela educação da criança é um dos objetivos do diagnóstico explicativo, não se identificam registros no prontuário que evidenciem algum tipo de diálogo com a escola. O diagnóstico e as condutas dos profissionais, a começar pelo neuropediatra, primeiro em receber André na instituição, inicia com uma avaliação clínica rotulante, seguida da indicação de psicofarmacos e uma longa cadeia de encaminhamentos de uma área para outra. Na sequência da cadeia seguiram-se: encaminhamento para terapia ocupacional, para a psicologia e para a avaliação psiquiátrica, resultando na prescrição das mais variadas medicações.

O prontuário descreve ajustes e mudanças de diferentes terapias medicamentosas que se mantêm ao longo do atendimento ao tempo em que são registradas as reações adversas e a deterioração física da criança. A medicação foi suspensa em alguns momentos, em função de disfunções fisiológicas (dores e retenção de urina). Entretanto, a resposta do neuropediatra e do psiquiatra aos episódios de agressão que ganham centralidade na compreensão da criança, consiste no aumento das doses de medicamento. Após quatro meses de intervenção terapêutica, os profissionais descrevem mudanças significativas em relação a melhora do comportamento. Desta maneira se registram incremento de habilidades sociais, melhora nos aspectos acadêmicos, a pesar de continuarem os problemas disciplinares. Um ano depois, a mãe manifesta sua preocupação por que a criança *não dormeo único que fazem é aumentar a dose nada mais, e as coisas seguem iguais*. Entre avanços e retrocessos da criança nas intervenções realizadas, e quase no final do processo terapêutico, os profissionais identificam que as hospitalizações geralmente se desencadeiam quando a criança tem algum conflito com o padastro e a família.

Os registros da psiquiatra apresentavam reiteradamente o mal-estar da criança com o companheiro da mãe, o que desencadeava em crise depois da criança ter sido maltratada. Em vários dos atendimentos, André verbaliza: *minhas irmãs fazem chacotas de mim, e não gosto do companheiro da minha mãe. Ele diz que não sou filho dele e me bate*. Mas a forma em que as falas de uns profissionais apareciam desconexas umas das outras, ficava mais evidente que André não era ouvido. Nesta altura, a suposta insanidade mental da criança estava tão instalada na sua imagem, que nada do que ela falava de si, e do seu sentir perante o seu entorno parecia ter o mesmo peso que a narrativa diagnóstica e medicamentosa que os profissionais tinham construído sobre ela. Em novembro de 2015, dois anos depois de ter iniciado o atendimento, André foi internado em hospital psiquiátrico por dois meses, estando fisicamente alterado, irritável, chorão e depois, segundo dados do prontuário estável.

Um dos motivos do encaminhamento de André era uma suposta dificuldade de leitura, o que no nosso entendimento, evidenciou a fragilidade da equipe que o atendeu na interpretação e na escuta do seu sofrimento. Enquanto André demonstrava um desempenho escolar adequado, condições de aprender tudo quanto lhe era ensinado, liderança e competitividade nas atividades propostas no espaço da terapia, os profissionais continuavam a trabalhar com ele exercícios de leitura e escrita, circuitos motores e exercícios de regulação da conduta. Este conjunto de desencontros terapêuticos, de vozes não ouvidas da criança e da própria constatação por parte dos profissionais de estarem seguindo com suas intervenções um caminho sem

retorno, nos faz pensar numa cena de teatro do absurdo; cheia de imagens e falas surreais, ilógicas, desconexas. Se na corrente teatral de pós segunda guerra mundial, a experiência do absurdo tornou-se parte da vida cotidiana da pessoa comum, neste tipo de atendimento o absurdo torna-se a vivência comum no espaço terapêutico entre duas personagens; a criança que fala das angustias que vivencia e o terapeuta que, numa espécie de escuta surda, traça uma intervenção descolada da interação com uma criança escolar, esta última que, sem se propor, tornou-se num paciente. Como não pensar neste modelo de atendimento como uma espécie de na nau dos loucos, onde crianças e terapeutas navegam à deriva, cada um nos seus diálogos mirabolantes, que por vezes se tocam, mas se distanciam, cada vez mais se distanciam.

Desta forma, o modelo teórico assumido pelos profissionais que orientaram o diagnóstico e consequentemente as intervenções, foi incapazes de explicar a integralidade do processo de desenvolvimento, bem como processo de produção das dificuldades da criança no meio das condições de produção da vida material e a natureza das relações interpessoais na família, na escola e com a própria equipe. O modelo adotado, além de não permitir a superação dos supostos problemas inerentes a André, acabaram por produzir destruições maiores no desenvolvimento da criança contribuindo no seu processo de psiquiatrização. O efeito disto na escola é o de confirmar que suas suspeitas estavam certas: André não poderia aprender e nem ocupar o seu lugar na escola, pois tinha uma condição psiquiátrica que o impedia para isto.

Marly: O processo terapêutico para a incompreensão do sujeito

No dia 16 de outubro de 2013, após 11 meses de ser atendida na instituição de saúde pelos serviços de terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia e neuropsicologia, a fonoaudióloga escreve no prontuário de Marly, uma criança de 9 anos de idade:

"[...] Em atividade de frases incompletas, apresenta resistência e oposição frontal, não quer realizar atividade nenhuma, briga, se recusa, joga os objetos de trabalho, faz birra e refere que *“isto é o pior”*. (Registro fonoaudióloga, prontuário de atendimento de Marleny)

No décimo sexto mês do seu atendimento e, durante o segundo encontro que tinha com a segunda psicóloga que assumia seu caso na instituição, Marly manifesta *“desconhecer os motivos pelos quais recebe atendimento psicológico”* (Registro psicóloga, prontuário de atendimento de Marly, 19.02.2014).

Estamos falando das manifestações de cansaço e desconcerto de Marly, uma criança que chega na instituição de saúde com sete anos de idade. Na época, assiste acompanhada de sua

“mãe substituta” e com o pedido de realização de uma avaliação neuropsicológica. É esta avaliação que inaugura o prontuário de atendimento em saúde de Marly. O extenso relatório desta avaliação não permite identificar os motivos que desencadearam em tal pedido. Com informações restritas ao campo das “funções cerebrais superiores”, tal como refere a neuropsicóloga, o seu relatório nada diz sobre o contexto de relações sociais em que tais funções estão se desenvolvendo, ou seja, nada soubemos até o momento desse registro, sobre o entorno social, escolar ou familiar desta criança, menos ainda, sobre algum tipo de vivência significativa da criança que justificasse a necessidade de uma avaliação. Apesar da limitação ou ausência de informações neste sentido e, baseada em entrevista clínica, avaliação neuropsicológica infantil ENI e escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV), o relatório da neuropsicóloga nos apresenta uma Marly:

inteligente, empática, [...] com “níveis de compreensão da leitura por cima da media esperada para sua idade e nível de escolarização, [...] em processo de preparação de habilidades para leitura e escrita, [com] adequada interiorização das normas convencionais de conduta e desenvolvimento moral, [...] nível intelectual dentro da média, [com] indicadores de adequado conhecimento linguístico no nível fonológico, [...] . **Em termos gerais, apresentando um adequado curso normal para o desenvolvimento e funcionamento dos dispositivos básicos de aprendizagem** (atenção, senso-percepção e memória) e adequado desenvolvimento e funcionamento das funções cerebrais superiores (praxias⁸⁰, gnósias⁸¹, linguagem e função executiva).

Apesar de ser considerada uma criança “apta”, “normal” e “dentro do esperado para sua idade e nível de escolarização”, a avaliação neuropsicológica, ao parecer o carro chefe no processo de intervenção com esta criança, sugere a realização de um conjunto de terapias pelas áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia.

Para a área de fonoaudiologia, foi sugerido um trabalho com predomínio na consciência fonológica, enquanto que, para a área de Terapia Ocupacional foi sugerido trabalhar com a criança no fortalecimento de todos os processos implicados nas funções perceptuais simples e complexas, assim como ações tendentes à melhora da coordenação visual-espacial, visual-motriz e de coordenação dinâmica global. Orientações estas que, não são compreensíveis a partir da avaliação anteriormente enunciada. Assim, parecem estar indicadas para uma criança

⁸⁰ Praxia na medicina, significa a capacidade de coordenação dos movimentos que se espera ocorram de forma ordenados e funcional.

⁸¹ Função que permite à pessoa interpretar estímulos que vêm do exterior através dos órgãos dos sentidos

diferente daquela que foi avaliada, conforme sugere o relato seguinte direcionado para A.S (*Ana Sofia*)

técnicas de modificação da conduta da criança como “reforço positivo e sobrecorreção, [...] para favorecer condutas familiares e socialmente aceitas”, assim como estabelecimento de “hábitos e rotinas. Logrando acordos entre os pais e/ou cuidadores de **Ana Sofia**

Até aqui, dois elementos que gostaríamos de destacar, a começar pelo último. Estamos falando de Marleny ou de Ana Sofia? Como apontado no capítulo 4 desta tese, uma das características comuns à maioria dos prontuários analisados e, dentre eles, o de Marly, é a constante substituição no nome da criança. Isto não sugere apenas um mero erro de digitação, pois levando em consideração a descrição minuciosa que foi feita no caso desta criança, nos diferentes aspectos da avaliação, foi nos apresentada uma menina que não condiz, com as recomendações e encaminhamentos feitos pela profissional.

Por outro lado, à omissão de informações ainda que mínimas, sobre o contexto de relações da criança, somadas ao tipo de intervenções sugeridas, permitem identificar um entendimento das necessidades dela a partir de uma plataforma teórica behaviorista, comportamentalista ou de análise experimental do comportamento, que vê, principalmente no reforço, o processo para a aquisição de novos padrões de resposta. Entendemos que as explicações teóricas assumidas pelos profissionais que atendem a menina são fragmentadas, não dando conta da integralidade e complexidade do processo de desenvolvimento, da aprendizagem e da própria concepção de saúde.

Quando atendida por psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, começamos a entender e reconstruir a história de Marly, os motivos de sua chegada na instituição de saúde, a demanda que sobre ela recai e as necessidades **dela** dentro do processo terapêutico. A criança por si só, sem ajuda dos adultos, não pode assimilar as formas complexas da atividade cognoscitiva, nem satisfazer desta maneira a necessidade que tem de uma informação mais complexa e nova. Por conseguinte, justamente também para a satisfação desta necessssidade, a criança requer de outra pessoa, no caso de Marly, de alguém que pudesse ajudar ela a se explicar os novos significados que ela começava a dar a sua vivência dentro de uma instituição de proteção com seus irmãos e sem seus pais biológicos.

Deste modo, os profissionais da instituição no início, acolheram a demanda da escola e da instituição de proteção com relação ao comportamento de Marly a quem explicaram como uma criança que estava se tornando difícil. A fonoaudióloga explicou a menina como uma criança com problemas de pronúncia e protrusão dentária, que precisava de terapia para

favorecer o desempenho tanto na motricidade orofacial como no seu ouvido fonético fonemático. A terapeuta ocupacional explicou a menina como uma criança com problemas nas habilidades escolares e na atenção e a atividade, para o qual precisava treino da atenção. A primeira psicóloga que a atendeu a explicou como hiperativa, entendendo que a criança precisava de sessões repetitivas que lhe permitissem treinar suas habilidades sociais e sua atenção. Tudo aquilo desconexo da demanda que Marly, muito antes de chegar ao espaço terapêutico manifestou claramente quando a cuidadora e funcionária da instituição a quem ela chamava de “mãe” estava prestes a abandonar a instituição. Diz a criança: “eu quero saber por que meus pais não gostaram de mim e me entregaram em adoção”, quando ela está sendo ameaçada de ser abandonada novamente pela mãe substituta. Assim, diferentes profissionais de diferentes concepções teóricas não conseguem ouvir, compreender e nem validar o pedido de ajuda de Marly.

Um olhar mais atento para os dados sobre Marly (pront.24) revelam que ela foi entregue aos 3 dias de nascida por sua mãe para o *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF*⁸², estando nesta instituição até 2 anos e meio. No lar substituto onde vive, mora com 4 de seus irmãos biológicos. Esta história não interfere na organização das intervenções relacionadas com técnicas de modificação da conduta, intervenção em leitura e escrita, etc. Ainda que a funcionária da instituição, denominada mãe substituta, informe questionamento da menina sobre seus pais e sobre o por que do seu abandono, o tema não aparece nas pautas das intervenções. A recusa e resistência da criança ao processo terapêutico não produz mudanças no curso do trabalho. Por outro lado, observámos que não se consideram as expressões de raiva da criança face a mudança da mãe substituta, com quem convivia há 4 ans na instituição. Nenhuma destas circunstâncias é relacionada com a piora no desempenho acadêmico e com a resistência ao tratamento.

Ao longo dos meses, Marly que tinha se destacado academicamente como uma escolar com ótimo desempenho acadêmico, líder e comunicativa, começou a se mostrar cansada nas sessões terapêuticas, irritada e a baixar seu rendimento na escola. De acordo com Bozhovich, podemos entender que Marly foi perdendo sua posição interna como escolar.

⁸² O ICBF, criado em 1968, é a entidad do governo colombiano que preza pela prevenção e proteção da primeira infância, a infância e a juventude, bem como pelos direitos do conjunto das famílias no país. O foco de suas ações se orienta principalmente, às crianças e adolescentes em situação de risco e ameaça para seu desenvolvimento e integridade e direitos.

Um ano depois da psicoterapia individual iniciada, se produz uma mudança da terapeuta. Marly manifesta para essa nova profissional, não saber a razão de fazer terapia. A nova psicóloga que referiu ter orientação “psicanalítica e cognitivo-comportamental”, que conseguiu retomar a demanda inicial de Marly sobre sua família e suas relações, permitindo desta forma uma reorganização da sua conduta, uma melhora nas suas relações sociais na instituição de proteção e na escola e devolvendo a Marly ao encontro de sua posição interna como escolar. O prontuário de Marly é um dos poucos em que podemos verificar o registro de alta.

Consideramos que neste caso, a iatrogenia não se dá pela medicalização, mas a lógica é a mesma. Resulta da incompreensão do sujeito pela equipe que o atende e por ele mesmo, da impossibilidade de ajuda e de resolver a demanda e o motivo do encaminhamento por razões já apontadas. Explicações teóricas reducionistas sobre o desenvolvimento humano, sobre a aprendizagem não permitem compreender a integralidade do processo de constituição do sujeito e conseqüentemente, dos motivos do encaminhamento nem de estabelecer um diálogo interdisciplinar.

Algumas breves considerações sobre os casos:

A concepção positivista da ideologia como conjunto de conhecimentos teóricos possui três consequências principais: 1) define a teoria de tal modo que a reduz à simples organização sistemática e hierárquica de ideias, sem jamais fazer da teoria a tentativa de explicação e de interpretação dos fenômenos naturais e humanos a partir de sua origem real. Para o positivista, tal indagação é tida como metafísica ou teológica, contrária ao espírito positivo ou científico; 2) estabelece entre a teoria e a prática uma relação autoritária de mando e de obediência, isto é, a teoria manda porque possui as ideias e a prática obedece porque é ignorante. Os teóricos comandam e os demais se submetem; 3) concebe a prática como simples instrumento ou como mera técnica que aplica automaticamente regras, normas e princípios vindos da teoria. A prática não é ação propriamente dita, pois não inventa, não cria, não introduz situações novas que suscitem o esforço do pensamento para compreendê-las. Essa concepção da prática como aplicação de ideias que a comandam de fora leva à suposição de uma harmonia entre teoria e ação. Assim sendo, quando as ações humanas – individuais e sociais – contradisserem as ideias, serão tidas como desordem, caos, anormalidade e perigo para a sociedade global, pois o grande lema do positivismo é: “Ordem e Progresso”, diz Comte, onde houver “ordem”, e só há “ordem” onde a prática estiver subordinada à teoria, isto é, ao conhecimento científico da realidade (CHAUÍ, 1984, p. 27-28).

O “ocultamento da realidade social chama-se ideologia” (CHAUÍ, 1984, p.21).

Consideramos que o exerto acima, da Maria Helena Chauí, recolhe o conjunto de elementos postos nos dois casos que compõem esta triangulação: 1.) Uma orientação teórica e, portanto, uma visão de homem que força à realidade das crianças atendidas a se encaixar no universo de explicações de sua teoria, muito a pesar de que esta se mostre incapaz de explicar a forma em que são produzidos os fenômenos identificados como problema no contexto da escolarização delas; 2.) a relação terapêutica que vemos acontecer enquadrada num exercício teórico-prático aparece mais como uma sequência de atos autoritários aos que as crianças são submetidas sem que exista uma acolhida das demandas e das explicações expressadas por elas; 3.) a aplicação das mais variadas técnicas muitas das vezes de forma acrítica e irreflexiva sem que se volte sobre elas para entender o impacto na vida da criança e da sua demanda inicial por atendimento.

No seu conjunto, uma prática profissional sustentada sobre uma formação epistemológica que tende à ocultação das contradições da vida social em que acontece o desenvolvimento e a vida das crianças escolares atendidas. Vemos deste modo, que não existe prática, técnica ou estratégia que se sustente às margens de um marco conceitual e que não existe um marco conceitual que possa ser construído às margens de premissas filosóficas e das formas de pensar que derivam delas.

Nesse sentido, quando nos deparamos perante um conjunto de informações e práticas que cercam num amplo leque de patologizações e rotulações o desenvolvimento da criança na passagem da vida pré-escolar para a vida escolar, pensamos numa espécie de retorno ao período da história em que Alexandr Tolstij (1989) e Isaías Pessotti (2012) destacam nos escritos de Hipócrates, sobre a existência dos anos climatéricos” em que, “anomalias no desenvolvimento”, “enfermidades do crescimento” e “problemas do espírito” não estavam relacionados de forma alguma. Eram consideradas como doenças e por tanto não tinham relação com “as crises evolutivas do desenvolvimento” contempladas nas Leis Internas do Desenvolvimento tal como são compreendidas hoje, a partir do Enfoque Histórico Cultural. Nas formulações de Vigotsky, entendemos os períodos de crise que acontecem na criança como deslocamentos bruscos e curtos com implicações de grande riqueza e mudanças relacionadas às leis internas do desenvolvimento da personalidade e que implicam um novo posicionamento da criança diante de sua realidade (VIGOTSKY, 1996). Estas crises surgem em períodos limítrofes das idades em que qualitativamente se produzem mudanças ontogenéticas da personalidade em que se expõe a essência psicológica desse processo (BOZHOVICH, 1976). Tais crises, como explica Bozhovich, estão presentes sem dúvida, nos pontos de partida das mudanças dinâmicas que se

processam em cada idade. Isto é, na medida em que, as funções mentais se reorganizam e re-estruturam no curso do desenvolvimento, podem indicar na frustração que irrompe na criança como resposta à repressão das novas necessidades que aparecem com a formação central ao fim de cada etapa do desenvolvimento, tal como pudemos acompanhar com Marly e André. Sendo elas crianças na passagem ao mundo dos processos mais complexos da escolarização, que contribuem na superação das funções elementares para as funções superiores atribuem significados distintos a suas vivências e começam a distinguir seus sentimentos.

Num conjunto de informações como aquelas pelas quais acabamos de navegar, nos encontramos novamente, e, como já identificado por outras pesquisas brasileiras, cubanas e argentinas, que a demanda gestada pelas instituições escolares na Colômbia, responde a sua necessidade por respostas imediatas de técnicas e estratégias para resolver rapidamente, os problemas da sua realidade cotidiana, e, portanto, uma demanda que aciona mecanismos pela avaliação fora do ambiente escolar que lhes permita resolver eficazmente os problemas que se vivem na sala de aula, ora tidos como indisciplina, ora tidos por violência, por falta de motivação, por problemas de aprendizagem ou desajustamento familiar.

Sem dúvida, o EFH pode trazer uma contribuição, mas os profissionais da equipe que atende no modelo de atendimento analisado não assumem este enfoque. Assumem teorias explicativas do desenvolvimento humano e da aprendizagem que são reducionistas e não permitem compreender a demanda oriunda da escola ou do centro de atendimento da criança na sua multideterminação.

Uma das principais contribuições teóricas e metodológicas do Enfoque Histórico Cultural ao estudo do desenvolvimento humano é a noção de unidade de análise (VALSINIER & VAN DER VEER, 1996; ARIAS, 2001, 2017). Como vimos no capítulo 1 desta tese, depois de uma profunda revisão dos objetos e métodos de estudo da psicologia de sua época, Vigotsky (1927/1996) conclui que esta tende à fragmentação do pensamento, a linguagem, as emoções, e outras funções complexas implicadas na atividade humana, nos seus elementos ou componentes constituintes. Argumentou que isto constituía uma séria limitação para captar e entender as complexas dinâmicas que dão forma a tais processos e explicam suas mudanças ou inclusive, seus deterioros no curso do desenvolvimento. Desde *O significado Histórico da Crise da Psicologia até Pensamento e Linguagem*, além da obra póstuma dos continuadores dos trabalhos neste enfoque encontramos formulações originais e contundentes argumentações que se contrapõem à fragmentação e reducionismo que tem marcado o estudo do humano na

aplicação irreflexiva do modelo das ciências naturais e as ciências sociais, particularmente na psicologia e na educação (MARTINS, 2016; ARIAS 2017; MEIRA, 2016).

Nas teorias sobre o desenvolvimento humano esta marca se observa no que del Río e Álvarez (1997) identificam como a redução a o racional deixando por fora o afetivo; a redução do individual deixando por fora o social, o interpessoal; a redução a o interno deixando por fora o externo, a realidade objetiva e a redução do innato deixando fora o cultural. Estes reducionismos estão tão instalados nas formas tradicionais de fazer ciência que, muitas vezes, não reconhecemos sua força e influência, ainda nas pesquisas que se dizem circunscritas ao Enfoque Histórico Cultural tal como apontamos na introdução desta tese, quando falamos sobre a produção de pesquisas na área das neurociências que se autodenominam lurias e que produzem uma interpretação do Enfoque onde além de ser retirada a base epistemológica marxista, se promove um afiançamento de antigas compreensões biologicistas do desenvolvimento. advertem sobre isto, ao indicar que tem se reduzido conceitos como o da zona de desenvolvimento próximo ao âmbito do interpessoal imediato e do micros social.

Esta reflexão aponta ao tema da avaliação do desenvolvimento e da aprendizagem. Como abordamos no capítulo sobre os conceitos norteadores desta tese, e no capítulo 4 sobre a natureza da intervenção encontrada nos prontuários de atendimento, o conceito de unidade de análise tem um papel central dentro da proposta de Vigotsky quem, propõe modificar a análise por elementos separados, para realizar uma avaliação por unidade e, nesse sentido, a explicação do desenvolvimento humano e da aprendizagem deve ser procurada na análise por unidades. Deste modo, a unidade seria uma categoria que abarca “todas as propriedades fundamentais características do conjunto e constitui uma parte viva e indivisível da totalidade” (1934/1993, p.19). Ao longo de sua obra explorou várias unidades de análise; para estudar o comportamento geral propôs a atividade instrumental, para estudar o pensamento linguístico (produto da interação entre pensamento e linguagem) propôs a palavra-significado como unidade de análise, e para estudar a integração da personalidade e meio ambiente propôs a vivência.

Agir no sentido de promover o desenvolvimento da criança em direção à autonomia no exercício de suas atividades, alterando-se os meios e condições disponíveis para sua aprendizagem. Desta maneira a orientação do processo terapêutico como processo educativo ou reeducativo que permite situar a prática pedagógica como uma prática de governo do desenvolvimento e constituição dos sujeitos implicados nelas. Orientação em duplo sentido: primeiro, como rumo, o “para onde” se direcionam as mudanças cognitivas, qual tipo de progresso se produz; em segundo lugar, orientação como gestão ou governo dos próprios

processos do desenvolvimento. Ou seja, o papel inerente que guarda o educativo nos processos de desenvolvimento impede um olhar naturalizado destes processos e os localiza no plano histórico, social e ao fim, político.

Identificamos que, na maioria das vezes, o processo não permite que a criança se aproprie da condição de produção de suas dificuldades escolares, “desenvolvendo suas Funções Psicológicas Superiores, para constituir formas de aprendizagem que se estabelecem na apropriação do conhecimento” (LESSA, 2014). Na pesquisa de doutorado desenvolvida por Patricia Lessa no ano de 2014, com um grupo de crianças das séries iniciais portadoras de queixas escolares, foi realizado um processo de avaliação psicológica com princípios do modelo explicativo proposto pelo Enfoque Histórico Cultural. A pesquisadora buscou compreender como se deu a construção histórica do processo de escolarização de tais crianças, orientando o processo de modo que elas pudessem compreender e se apropriar de sua dificuldade escolar. Isto, por sua vez, permitiu potencializar dentro da relação de ajuda, uma condição de superação que implicou desenvolver junto delas, formas de aprendizagem que se estabeleceram na apropriação do conhecimento e, portanto, na ampliação de suas funções psíquicas superiores.

Sobre a intervenção terapêutica, Arias (2017) refere que as “relações assimétricas que se declaram como essenciais em qualquer relação terapêutica, tal como se dão no campo educativo, devem se converter, por meio do próprio processo educativo clínico, em relações de intercâmbio e cooperação, dada a ideia essencial da mediação dos processos psicológicos, intersubjetivos, o papel do outro (terapeuta neste caso), portador de uma cultura que permite, por meio de ajudas, promover definitivamente que o sujeito produza o câmbio necessário no seu desenvolvimento. Tudo isto se baseia no princípio essencial de que numa relação educativa e terapêutica, as partes têm que ser e exercer uma inter-relação ativa e pessoal, considerando que, em última instância, o verdadeiro e estável desenvolvimento se produz no interior do sujeito e pela própria pessoa”.

Nos casos que acompanhamos por meio dos prontuários encontramos uma diversidade de situações em que as intervenções agudizaram os sentimentos. Nos casos de crianças que carregam históricos de fracasso escolar em razão do seu desempenho acadêmico e de um tipo de comportamento considerado incorrigível ou conflitante, Bozhovich observa a partir das pesquisas no seu laboratório que, geralmente, isto se deve a que estas crianças tendo perdido sua posição interna como escolares, se reafirmam no contexto social das relações da escola por meio das condutas que são reprovadas. Deste modo, a intervenção deve estar orientada a que a criança organize por meio de jogos de papéis, atividades lúdicas e artísticas e as próprias

atividades acadêmicas a que ela recupere sua posição interna e que ela consiga conjuntamente com a atividade de ensino. Os conhecimentos curriculares, os conhecimentos que são trabalhados na escola, proporcionam um embrião que permite desenvolver o controle da sua conduta.

Algumas correntes críticas dos processos medicalizantes alertam sobre a tendência cada vez maior das pessoas buscarem orientações com profissionais especializados, pedagogos, psicólogos e médicos legitimados a aconselhá-las e a informá-las cientificamente sobre questões que envolvem o acompanhamento da vida intra-uterina, da infância, da puberdade, da vida escolar, da atividade sexual adulta e, por fim, da velhice produtiva com uma certa preocupação exacerbada pela prevenção de doenças e de distúrbios psíquicos transformando-as em eternos clientes, na busca incansável do diagnóstico como solução dos problemas gerando um movimento social cíclico em que as pessoas consomem diagnósticos como explicação e solução dos problemas. Consideramos que há muito de verdade em tudo isto, e que, de fato, há toda uma indústria capitalista que tem construído uma importante faixa de lucro a partir deste fenômeno que Ivan Illich explicou na década de 1970 nas suas diferenças instancias como iatrogênese social e/ou estrutural. Não obstante, consideramos neste trabalho que a base de sustentação de tal problema está além da criação de uma dependência da sociedade pelas respostas ou promesas curativas ou de prevenção do risco que apregoam as entidades internacionais como a ONU, a OPAS e a OMS. Realizar uma leitura só nessa direção implica menosprezar em certo modo o importante acúmulo de trabalhos que a humanidade tem produzido cientificamente ao longo da história para melhorar em muitos sentidos as condições de vida humana, seria desconhecer o trabalho humanizado que muitos cientistas realizam nos seus diferentes campos de atuação. Acreditamos que as respostas sobre isto residem como temos defendido ao longo deste trabalho na concepção de homem e de desenvolvimento que embassa a formação das ciências humanas, sociais e médicas e à importância que se dá à educação nas diferentes instâncias no processo de formação das características psicológicas e no desenvolvimento humano.

7. VISLUMBRANDO ALTERNATIVAS PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA COLÔMBIA: A CENTRALIDADE DO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO NA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Ainda no final do século passado, no ano de 1986, surgem novas diretrizes para o entendimento do que se espera, seja a saúde nos moldes da sociedade contemporânea. O documento, intitulado como Carta de Ottawa, indica mudanças na concepção do conceito de saúde, propondo a superação do velho modelo que a compreendia como ausência de doença articulando na intervenção um modelo de assistência médico-curativa. O documento apela para a busca e desenvolvimento de abordagens teórico-práticas, no campo da Saúde, vislumbrando na intersetorialidade a construção de modelos integrais de intervenção na perspectiva da superação do modelo anterior. Deste modo, busca-se um modelo que contemple o diálogo de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de políticas e programas, bem como projetos dirigidos às diferentes parcelas da sociedade e grupos populacionais específicos (JUNQUEIRA, L. A. P., 2000; JUNQUEIRA, R., 2000).

A Promoção da Saúde (PS) é posicionada neste documento, como um processo social e político direcionado não só ao fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, como também às ações orientadas a transformar as condições econômicas, sociais e ambientais que podem afetá-los.

O documento define a Promoção da Saúde como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986).

O documento é explícito ao sugerir que a Promoção da Saúde não é mais uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois convoca o envolvimento dos diferentes setores da sociedade garantido, assim, uma discussão plural da sua gestão e seu controle. Para tanto, esta nova orientação propõe como condições e recursos essenciais: abrigo, alimentação, ecossistema estável, educação, equidade, justiça social, recursos econômicos, recursos sustentáveis e paz, reconhecendo a importância de cada um destes elementos e entendendo que

não existe uma relação hierárquica entre eles, e, aqui, enfatizamos sobre a importância de que eles se materializem no seu conjunto para o pleno desenvolvimento dos sujeitos sociais.

Se existe um consenso de nível mundial assinado no ano de 1986 por meio da Carta de Ottawa sobre a promoção da Saúde, é a conceitualização da escola e das instituições de ensino como espaços importantes e privilegiados ao desenvolvimento das melhores condições de saúde e bem-estar. Contudo, como vimos no capítulo anterior, que discorre sobre o modelo tradicional, constatamos que a educação concebida como serviço e não mais como direito, produz uma série de desestruturações variadas no processo de escolarização da infância que se transformam em demandas de atendimento para saúde. Se voltarmos a observar as relações historicamente constituídas entre às áreas da saúde e da educação no início do século XX, encontramos uma valorização das ações pedagógicas ainda que com uma visão excludente, segregacionista e não universalizante. O encontro atual entre estes dois campos preza pelos direitos universalizantes de saúde e educação, embora como vimos na pesquisa, produzem uma série de desestruturações no desenvolvimento e na aprendizagem dos indivíduos.

O modelo que pesquisamos na Colômbia expressa este tipo de desestruturações criadas no encontro de dois campos que mantem uma visão ainda fragmentada do indivíduo e seu desenvolvimento. Desse modo, na busca de propostas que visam novos rumos na superação de tais dificuldades e limitações, e entendendo a importância de um diálogo entre os campos principalmente na abordagem das dificuldades no processo de escolarização e não mais na intervenção sobre problemas de aprendizagem, destacamos duas possibilidades que se desdobram da análise das informações coletadas nesta pesquisa. Por um lado, como salientado por vários dos profissionais entrevistados, bem como pelas pesquisas da área, a importância do fortalecimento da educação dentro dos processos de prevenção que devem ser articulados com as famílias, com a sociedade e na pré-escola. Por outro lado, no que tange ao atendimento das dificuldades que possam surgir na escolarização. Sobre este último elemento apresentamos a experiência de uma proposta alternativa de atendimento que vêm sendo desenvolvido em um país da América Latina.

7.1. Uma proposta alternativa

Apresentamos nesta tese é uma abordagem de atendimento às crianças e adolescentes com queixas escolares. Uma proposta alternativa de intervenção frente às abordagens tradicionais da psicologia, que costumam psicologizar e manter o *status quo* da medicalização

da educação e da sociedade, além de deixar de fora a escola na produção da queixa e do fracasso escolar dos alunos. O modelo é ofertado no Serviço de Orientação à Queixa Escolar no espaço da Clínica Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Compõe a equipe do Serviço de Orientação em Queixa Escolar psicólogos membros do Serviço de Psicologia Escolar (FRELLER et al., 2001).

De acordo com Souza B. P:

Trata-se de uma abordagem que parte de uma determinada concepção da natureza e da gênese da queixa escolar. Entendida como aquela que tem, em seu centro, o processo de escolarização. Trata-se de um emergente de uma rede de relações que tem como personagens principais, via de regra, a criança/adolescente, sua escola e sua família. O cenário principal em que surge e é sustentada é o universo escolar (2007b, p. 100).

Assim, vemos que o *lócus* que se privilegia é a escola, pois é aí que se registra diversas dificuldades em boa parte das crianças que frequentam a instituição educacional. Na bagagem desta proposta, já se contam vários benefícios, pois outros profissionais de saúde mental têm observado que, na medida que se fornece aos profissionais envolvidos, em especial, os professores a oportunidade de refletir de maneira conjunta com suporte respeitoso ao seu trabalho, observou-se que a quantidade de encaminhamentos dos escolares com queixa escolar teve considerável diminuição (FRELLER et al., 2001; SOUZA B., 2007).

Segundo Freller, et al. (2001) os casos que geralmente chegam ao Serviço são de escolares com indisciplina em sala de aula e baixo rendimento. De enfoque crítico e por meio de um processo breve e focal, busca-se trabalhar com todos os envolvidos na rede de relações que engendra a Queixa Escolar, para melhor e mais ampla compreensão de sua complexidade. Com isso, movimentam-se crenças arraigadas dos profissionais da escola e outros envolvidos, das famílias dos atendidos, bem como dos próprios alunos e alunas que chegam com situações, muitas vezes, cristalizadas. Conforme as autoras, a iniciativa já acumula convicções de estarem num caminho assertivo, uma vez que a diversas crianças atendidas terminam sendo despatologizadas e prevenindo outras tantas crianças e suas famílias de longos e desnecessários tratamentos psicoterápicos.

Desta forma, o modelo caminha visando encontros possíveis dos campos Psicologia e Educação, tendo como fundamento a Psicologia Escolar de perspectiva crítica, que oferta um arcabouço teórico-metodológico bastante denso, e ainda em vasta produção, e que tece crítica a ambos os campos. Em meio à extensa gama de pesquisas da área, citamos algumas: Antunes (1997), Bock (1997), Checchia e Souza (2003), Facci (2003), Machado (1994), Meira (1997, 2000, 2003), Meira e Antunes (2003), Patto (1981, 1984, 1990, 1997), Souza (1996, 2010),

Souza, Silva & Yamamoto (2014), Tanamachi (1997, 2000), Tanamachi, Proença e Rocha (2000), entre outras(os). Tais trabalhos nos conduzem a reflexões e análises da sociedade capitalista apresentando uma (nova) concepção de sociedade, educação e homem imprescindíveis para a compreensão do fenômeno educacional e seu processo de escolarização.

Freller et al. (2001) menciona a importância do diálogo com outros profissionais da saúde mental à resolução das dificuldades escolares das crianças (assistentes sociais, educadores de saúde, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros) e, ainda, a equipe do Modelo identificou que haviam outros interessados na queixa escolar já se dedicando a refletir e pensar formas de trabalhar com elas. Não deixam de relatar a dificuldade destes profissionais de ir à escola, muito embora tenham ciência da importância de envolver as escolas, sendo algumas das dificuldades o grande número de escolas e os percalços, ou mesmo impossibilidade, de se fazer trabalhos externos por motivo de incompreensão das lideranças institucionais.

A equipe que atua nesta proposta alternativo, localizado na cidade de São Paulo, compreende que:

as dificuldades enfrentadas pelas crianças na escola são fenômenos produzidos por uma rede de relações que inclui a escola, a família e a própria criança, em um contexto socioeconômico que engendra uma política educacional específica. Desta forma, todos os segmentos devem ser incluídos no processo de atendimento, apresentando sua versão sobre o problema, refletindo, contextualizando e buscando soluções diversas para cada caso (FRELLER et al., p. 130).

Frente a isto, a equipe viu-se com a necessidade de construir um modelo de atendimento que intervisse de maneira focal e breve; e que também contemplasse pais e crianças, além da própria escola, desse modo, envolvendo e convidando todos a problematizar as dificuldades enfrentadas e oriundas do processo de escolarização da criança, com o intuito de encontrar possibilidades, alternativas e soluções (FRELLER et al., 2001).

Diante do exposto, parte-se de que o atendimento deve priorizar as questões relacionadas às dificuldades educacionais, sem negar a necessidade de encaminhamentos para os casos mais complexos e de diversificada problemática. Desse modo, a orientação é que os profissionais que trabalham com esta proposta alternativa, especialmente, o psicólogo, deva ser flexível, adaptando-se às necessidades de cada caso que chegue ao serviço, devendo propor um *setting* e uma metodologia interventiva que considere cada dinâmica, especificidade e singularidade que surja. Assim sendo, inexistindo procedimentos que se tornem padrão, pois

cada caso é um caso, e nesse modelo essa assertiva é sumamente respeitada (FRELLER et al., 2001; SOUZA B., 2007).

Todavia, em conformidade com Freller et al. (2001) há alguns parâmetros que devem ser observados para melhor estruturar o trabalho:

- a) escutar as versões apresentadas pelos diversos personagens envolvidos no problema;
- b) proporcionar a circulação dessas informações, facilitando a comunicação entre os diversos personagens;
- c) facilitar a utilização, por pais, professores e alunos, de dados e informações para reapresentar e refletir sobre suas questões, que antes apareciam de forma sintomática, sem encontrar registro no código linguístico; e permitir que as questões envolvidas nas dificuldades enfrentadas no processo escolar de uma determinada criança possam ser expressas, problematizadas, simbolizadas e elaboradas;
- d) propiciar para a criança oportunidade para expressar, formular e se apropriar de suas questões, falando e conversando abertamente sobre os problemas que enfrenta, sobre suas angústias e defesas (outros canais, além da palavra, também são considerados instrumentos valiosos de expressão, simbolização, reorganização, abertura de novos sentidos, de questões fundamentais para a criança; isso facilita a transformação da angústia em pensamento, na relação com o outro, de forma criativa);
- e) apresentar aos pais, criança e escola, ideias sobre a problemática apresentada, recortes insuspeitos, orientação para a vida cotidiana;
- f) potencializar à Escola a assunção de seu papel, o uso de seus recursos para lidar com a criança e o conhecimento do que a problemática apresentada revela do funcionamento escolar e do que deve ser mudado para o benefício da qualidade de ensino.

No que tange à estrutura do trabalho, já após às formalidades de registro do escolar no serviço, tem-se a *triagem*, os *encontros com a criança*, *contato com a escola*, *refaz-se o contato com os pais/responsáveis*, *faz-se contato com outros profissionais*, *realiza-se entrevista devolutiva*, e, ainda, procura-se *acompanhar a evolução do caso*.

A *triagem*, nesse modelo, que tem uma perspectiva crítica de atendimento, ocorre com os pais ou responsável pelo escolar, em grupo ou individualmente, com o objetivo de que eles possam trazer informações sobre a história do caso e o percurso que culminou no momento em que estão, bem como, para que também possam eles apresentar sua versão no processo. Nesse sentido, falam brevemente sobre a história pessoal e escolar de seu filho, na maioria das vezes ilustrada pelo material escolar da criança/adolescente, assim como, falam sobre as dificuldades

e preocupações que os assolam. Já neste momento inicial, a equipe do modelo percebeu que vai além de um simples apresentação, ou seja, já se converte num espaço de elaboração – muito em função das perguntas que são feitas, assim sendo, proporciona-se reflexão em conjunto sobre o que se apresenta e, também, como entender melhor o caso e quais práticas e procedimentos podem ou devem ser experimentados, alterados ou eliminados. Quando a *triagem* é feita em grupo - opção rica, especialmente, pelas identificações que acontecem como também pelos atos de solidariedade e debate de temas comuns - convida-se a todos para participarem da discussão de cada caso, tecendo perguntas, reflexões em conjunto e já sugerindo-se recursos (FRELLER et al., 2001).

Destarte, desse momento em diante, em conformidade com Freller et al. (2001), observa-se que vários caminhos são abertos e podem ser adotados, a saber: 1) dado o caráter já elaborativo e de orientação da *triagem* como se realiza, é muito comum existir casos que se encerram já nesse momento inicial, uma vez que os pais mudam sua visão da situação, sentem-se melhor orientados e/ou conscientizam-se que a situação não é tão grave quanto imaginavam que fosse; 2) também já dá para saber quem necessitará de encaminhamento para outros processos de orientação, ou mesmo, outros serviços que não a Orientação em Queixa Escolar, estes podem ser: fonoaudiologia, aulas particulares, psicoterapia e entre outros. Contudo, a equipe se diz responsabilizar-se, pelo tempo de um ano, por tais encaminhamentos e ainda ficam à disposição no caso de as famílias não conseguirem o encaminhamento; 3) neste último item, quando se identifica que é um caso típico de dificuldades escolares, recorre-se à Orientação em Queixa Escolar.

Para tanto, no caso do caminho escolhido ser a à Orientação em Queixa Escolar, proceder-se-á da seguinte forma, segundo FRELLER (2001), realização de *encontros com a criança, onde:*

Propomos desde o início uma situação em que ela possa colocar-se como um ser pensante, ativo e criativo. Assim, conversamos claramente sobre o que está acontecendo, procuramos conhecer a sua versão sobre o motivo de estar ali e oportunizar o afloramento de seu olhar à situação que está vivendo. Embora não haja uma padronização da conduta, já que consideramos cada caso em sua singularidade, alguns procedimentos são correntes: análise e discussão, juntamente com a criança, de seu material escolar; elaboração de uma retrospectiva de seu percurso escolar (...). Procuramos oferecer-lhe um espaço em que possa esboçar gestos espontâneos e interagir com a cultura de forma significativa e pessoal. Valorizamos essa experiência como potencialmente capaz de propiciar à criança um movimento no sentido de seu desenvolvimento e da superação da problemática em questão (FRELLER, 2001, p. 131).

As autoras afirmam, usam-se com frequência nesses encontros com as crianças material lúdico e gráfico, no intuito de facilitar a comunicação, também são excelentes para poder conhecer diversas habilidades do escolar, como concentração, coordenação motora, cognição, memória, entre outras. Esse processo com a criança/adolescente não é previamente definido no que se refere ao número de encontros, porém ele nunca é realizado em menos de duas sessões e, geralmente, não passando de quatro, não incluindo nestes a entrevista devolutiva (FRELLER, 2001).

Também se procede o *contato com a escola*, onde, observando a natureza da queixa, contata-se os professores, coordenador pedagógico e, se houver necessidade também o diretor, com a finalidade de conhecer a versão de cada um a respeito da história pessoal e escolar do estudante em questão, ou seja, das dificuldades enfrentadas, das tentativas realizadas pelo professor para lidar com as questões observadas, além da dinâmica institucional da escola. Prioriza-se o contato pessoal, mas como há as dificuldades com logística e outras, pode ser realizado via telefone. Destaca-se que a conversa com os profissionais não é apenas para colher dados, mas pensar/trabalhar em conjunto e junto à escola o juízo de que a problemática enfrentada pelo escolar é também um problema da instituição, requerendo a ela sua implicação na situação em questão, como também, em consenso, buscar as melhores soluções. No geral, o processo acontece em 2 ou 3 contatos, e como parceira, como se autodenomina a equipe do Modelo, torna-se portadora de mais uma versão das tantas existentes sobre a situação e, claro, nasce uma gama de sugestões e orientações ao “professor e à escola sobre como têm exercido e podem exercer seu papel nesta trama” (FRELLER, 2001, p. 131).

No que diz respeito a *refazer o contato com os pais/responsáveis*, realização de *contato com outros profissionais*, momento da *entrevista devolutiva*, e, ainda, *acompanhamento da evolução do caso*, assim sendo, discorrem as autoras:

Novos contatos com pais/responsáveis - Com a finalidade de aprofundar e ampliar o que se fez na triagem. **Contato com outros profissionais** - Contatamos médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos ou outros profissionais que estiveram ou estão envolvidos no caso. **Entrevista devolutiva** - Fazemos uma entrevista devolutiva, se possível, com todos os personagens envolvidos (juntos ou em separado, conforme o caso), retomando as principais questões trabalhadas, assinalando o que foi possível pensar e vivenciar. Refletimos juntos sobre desdobramentos, encaminhamentos e orientações. **Acompanhamento** - Procuramos acompanhar a evolução do caso, solicitando que nos sejam dados retornos e colocamos nossa disponibilidade em retomar o atendimento se efeitos benéficos não se produzirem (FRELLER, 2001, p. 131).

Diante do exposto, a equipe que conduz o Modelo no Brasil afirma que “Os resultados do trabalho apontam para uma agilização do atendimento que, buscando ser objetivo e focal, implementa rapidamente modificações no dia a dia da criança” (FRELLER, 2001, p. 133-134), com reflexos significativos na vida escolar do aluno, até por conta de muitas sugestões no manejo e reflexão sobre a situação, como mudar de classe, ou de lugar em sala de aula, passar a fazer atividades extraescolares, físicas ou expressivas, de assumir novos papéis na relação com os colegas e professores, entre outros, além de configurarem um novo campo de movimentação para a criança, funcionam também como disparadores de mudanças internas. Orientações que não existem na terapia tradicional, que espera por mudanças intrapsíquicas - geralmente demoradas e por vezes limitadas - e, como consequência, também as mudanças no desempenho escolar da criança sem tocar na a dinâmica institucional e pessoal do escolar, mas psicologizando, patologizando e medicando. Cabe ressaltar que a implementação de uma proposta alternativa e a materialização de um diálogo interdisciplinar entre a educação, a saúde e outros campos do conhecimento, requer repensar a visão de homem, de mundo e de sociedade que sustentam teorias explicativas sobre o processo ontogenético, o lugar da escola no processo de humanização e o lugar das nossas práticas para a efetivação de direitos educação como direito e como possibilidade de produção de saúde.

Um passo à frente do modelo tradicional que vem sendo realizado na Colômbia, sugerimos esta Proposta Alternativa, porém não a trazemos como um paradigma que irá resolver todos os problemas que o modelo tradicional oferece no país, mas sem dúvida, olhamos para esta nova proposta em virtude de percebermos que caminha para outra perspectiva de intervenção com crianças que enfrentam dificuldades no processo de escolarização, pois parte justamente da centralidade dos processos que envolvem a organização do ensino, as relações institucionais, a aprendizagem e em geral os aspectos que envolvem a escolarização. Desta maneira, falta ainda ao campo da Saúde e da Educação pensarem numa relação sincronizada que contemple de forma assertiva, eficiente e coerente a orientação mais recente da OMS que define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de afecções e enfermidades”, orientação esta que entendemos nesta tese como ações promotoras do desenvolvimento abrangendo todas as dimensões da condição humana, que se viabilizam principalmente por meio de uma educação de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso, ao nos debruçarmos na revisão e análise das práticas profissionais de outros, as de um modelo de atendimento em saúde a questões escolares, fizemos, ao mesmo tempo, a revisão de práticas e concepções que, de algum modo, foram as nossas próprias práticas em um determinado momento histórico. Com isto, a sensação de estarmos fechando um caminho e empreendendo outros, tanto na apropriação de um referencial teórico, como na descoberta de novos elementos que precisam serem abordados a partir da pesquisa científica, principalmente, quando entendemos que o tema abordado neste trabalho é pioneiro para o contexto colombiano. Isto já nos coloca perante o desafio de visibilizar seus resultados no ambiente acadêmico e nos espaços onde as políticas públicas se encontram e são discutidas, tentando construir uma intersectorialidade entre saúde e educação com vistas a uma política de saúde mental para as escolas e a cidade. Lembramos, neste momento, das palavras da Coordenadora do Grupo de Saúde Mental e Convivência da Secretaria de Saúde Municipal de Cali, quando lhe apresentamos nossa pesquisa para dar início ao nosso trabalho em campo:

é muito interessante pensar essa outra dimensão, se perguntar sobre o por que isso acontece. Na verdade, sempre temos sabido que crianças vão e vem da escola para a saúde pelos seus desempenhos escolares e pelo seu comportamento na escola, mas acho que a gente se acostumou a vê-lo como algo normal, quando não é. Nunca antes tínhamos nos perguntando por isso. É necessário pesquisar sobre isso, olhar para essa questão com perguntas

As experiências próprias de trabalho e a intenção de criar uma intersectorialidade, constituíram-se na fonte da energia que nos levou a refletir sobre a transferência de problemas originados na educação para a resolução, ou pedido de ajuda ao setor da saúde e qual a participação da configuração das políticas nesta articulação.

Desta maneira desenvolvemos nesta pesquisa um estudo de caso único de um modelo de atendimento à saúde na cidade de Cali-Colômbia, onde são atendidas crianças com algum tipo de dificuldade no processo de escolarização e/ou no seu desenvolvimento. Nos propusemos, por meio deste modelo, investigar e compreender o processo de atendimento realizado na saúde com crianças que apresentam problemas no seu processo de escolarização. Para tanto, desenvolvemos um estudo de caso único em que realizamos uma caracterização das queixas escolares em função das razões e expectativas que as motivaram; identificamos e analisamos estratégias de intervenção da equipe de saúde perante a demanda; identificamos elementos na compreensão que produz o fluxo de encaminhamentos de escolares para a área da saúde e por fim, verificamos e analisamos as concepções de aprendizagem e de

desenvolvimento subjacentes às dificuldades de escolarização por parte dos profissionais da área de saúde.

Partimos da análise de fontes de dados documentais como os Registros Individuais de Prestação de Serviços de Saúde – RIPS e os prontuários de atendimento denominados “Histórias Clínicas”. Nos utilizamos também, de fontes de dados empíricas como entrevistas a profissionais responsáveis pelos atendimentos das crianças escolares encaminhadas pela escola para o âmbito da saúde.

Assumindo o materialismo histórico e dialético como caminho para compreensão do programa focalizado, foi possível reconstruir as relações historicamente construídas entre saúde e educação sob os imperativos políticos, ideológicos e econômicos relacionados às políticas públicas que configuraram no meio de tensões e contradições, a organização do sistema educacional, escolar e da saúde. Nesta reconstrução foi importante identificar elementos de caráter epistemológico, ideológico e político que pautaram explicações, compreensões, entendimentos e abordagens sobre o desenvolvimento e a aprendizagem. De tal modo, por meio de trabalhos de pesquisa como o de Yarza de los Rios, foi possível, a partir das primeiras teses de doutorado defendidas por médicos na primeira Faculdade de Medicina do país, rastrear a incorporação de justificativas ao fracasso escolar de crianças, como consequência de supostos problemas psicológicos, biológicos e/ou neuropsicológicos. Vimos como a definição de parâmetros de normalidade produziram, no mesmo gesto, os parâmetros de anormalidade transversalizando as relações da saúde e da educação em relação à infância, principalmente, àquela considerada anormal ou patológica. Em tais parâmetros foi possível identificar argumentos fortemente racialistas, que como hoje, trazem as marcas da violência colonial perpetuando mecanismos de conflito, exploração e dominação que como expõe Quijano, se articulam e legitimam às disputas e manobras pelo controle dos diferentes âmbitos de existência social nos países colonializados. Pudemos identificar que, no caso colombiano, tais compreensões desdobram de matrizes de pensamento inicialmente europeias e posteriormente norteamericanas, sendo estas últimas, as mais presentes nas orientações que o país recebe pela via dos organismos internacionais se sedimentando na organização da educação, nos modelos de avaliação educativa e psicológica e nos modelos de intervenção para as profissões da área da saúde, dentro das quais se contempla a psicologia.

Deste modo, muitas das argumentações apresentadas pelos profissionais para explicar nos anos de 2014, 2015 e 2016, período em que desenvolvemos o trabalho em campo, os “problemas de aprendizagem”, o fluxo dos escolares para a saúde, bem como sua marcante

presença no âmbito da saúde, corresponde a velhos discursos biologizantes e de raça que adquirem novas roupagens. De fato, o tema do diagnóstico ou da avaliação psicológica e seu impacto na escolarização de crianças que apresentam dificuldades no comportamento e desempenho escolar, nos remete a conceitos sistematizados nas décadas de 1970\1980 sobre transtornos de aprendizagem, problemas de aprendizagem, dificuldades de aprendizagem.

Nossa aproximação e análise do Programa de Neurodesenvolvimento e Aprendizagem permitiu identificar as diferentes dimensões da proposta, incluindo a natureza dos encaminhamentos, os procedimentos adotados pela equipe tanto na avaliação quanto na intervenção, a evolução dos escolares atendidos, as concepções sobre aprendizagem, desenvolvimento humano, problemas de aprendizagem, a relação entre a educação e a saúde, bem como as razões que sustentam o encaminhamento dos escolares para a saúde.

Na triangulação dos dados, a partir de dois casos considerados ilustrativos do modelo de atenção, encontramos menção por parte dos diferentes profissionais às condições relacionadas com a demanda encaminhada da escola para a saúde. Porém, não observamos em nenhum dos profissionais, uma explicação integradora sobre o desenvolvimento humano que além de lhes permitir compreender a dinâmica que produz as dificuldades, fosse capaz de ser colocada numa intervenção integradora. Muito pelo contrário, o que encontramos é uma hibridação de teorias e ações, com predominância para aquelas que valorizam concepções provenientes de uma biologia determinista, das neurociências, do cognitivismo e da psicanálise, o que terminou produzindo em muitos dos casos: sensação de fadiga nas crianças; agravamento das dificuldades apresentadas; abandono do processo terapêutico; mudanças positivas no comportamento da criança apresentadas no âmbito do consultório, mas incapazes de serem articuladas no ambiente escolar onde foi gerado o encaminhamento. Isto, em muitos casos, gerou o asujeitamento da criança a longos, repetitivos e cansativos meses ou anos de processo terapêutico que não geravam mudanças no ambiente escolar. A análise dos prontuários e a triangulação das informações revelou também que, as crianças encaminhadas trazem uma demanda, uma necessidade e uma explicação que bem poderia ser norteadora da intervenção profissional, mas que poucas vezes é escutada.

Se bem na explicação dos profissionais e na narrativa de vários prontuários foi possível identificar desestruturações no desenvolvimento e no processo de escolarização da criança, se demandando uma intervenção compensatória, os profissionais conseguem vislumbrar que estas dificuldades se originam absurdamente, no funcionamento de um sistema educacional fragilizado que busca auxílio no âmbito da saúde.

Deste modo, o discurso dos profissionais da equipe revelou um reconhecimento sobre condições materiais objetivas que afetam e enfraquecem a educação, a influência de organismos internacionais na produção de critérios de avaliação uniformizantes, que não permitem compreender a singularidade dos escolares para os quais a escola solicita ajuda. Observa-se ainda, a dificuldade no diálogo entre os profissionais da equipe, com a escola e com a família, reproduzindo-se a lógica do diagnóstico classificatório e os princípios da medicalização do fracasso escolar. Cabe lembrar que enquanto as discussões sobre medicalização existem no Brasil há várias décadas e ganham força neste país, na Colômbia não se mostra conhecido entre os profissionais da equipe do programa analisado, profissionais estes que são atuantes em outros serviços da cidade com as mesmas características. Resulta desta fragmentação e da assunção de teorias reducionistas uma possibilidade pequena de resolver as dificuldades criadas na escola e encaminhadas para a saúde, assim como uma possibilidade reduzida de contribuir para que a escola, a família e a própria equipe da saúde repense seus procedimentos e seus métodos. Os dados coletados revelam, de certa forma, os rumos da psicologia como ciência no país em direção de defender posturas e compreensões que insistem na explicação dos problemas e dos fenômenos psicológicos em uma única via, como resultado de processos biológicos maturacionistas, no máximo em relação com seu entorno social e cultural, mas sem uma relação dinâmica e dialética que integra o homem e seu desenvolvimento.

Vimos os produtos de uma educação que sofre grandes ataques que a fragilizam e a levam a retroceder nas conquistas alcançadas duramente pelos *Maestros* do Movimento Pedagógico de 1984, que lutaram fortemente pela recuperação dos professores como trabalhadores intelectuais da cultura e na sua projeção social ao interior de toda comunidade, tentando sempre de articular uma pedagogia e uma educação democrática e engajada à luta sindical e política por melhores reivindicações e por uma educação a serviço do país inteiro. No vaivém de crianças escolares que saem da sala de aula para o consultório dos especialistas no modelo analisado, transparece uma educação manipulada e rarefeita que, na configuração em que as políticas públicas atuais a coloca, poucas vezes tem espaço para se interrogar sobre a força que ela têm e a ela compete, na construção e na transformação dos sujeitos. Assim, se vê, como prévio ao Movimento Pedagógico de 1984, orientando suas condições de ensino à “administração do currículo”, pensado, organizado e imposto pelos técnicos do Ministério de Educação que, obcecados pelo cumprimento de “objetivos instrucionais” e os “padrões de qualidade” das entidades internacionais como a OCDE, continuam de um lado, negando a voz e o pensamento aos professores e por outro, desligando o processo de ensino-aprendizagem da

melhor qualidade ao desenvolvimento integral que se espera alcançar no indivíduo. Deste modo, quando deturpando o processo de ensino-aprendizagem como promotor de desenvolvimento em todos os níveis, o que se expressa nas dificuldades na escolarização seja no processo de alfabetização, seja no comportamento e nas relações da criança no ambiente escolar, a resposta será sempre aquela que pudemos observar nas histórias dos prontuários; ou seja, no sistemático encaminhamento destas questões para os sistemas de saúde em que o entendimento do problema enfatiza nos “problemas da aprendizagem”, centrado exclusivamente no aspecto clínico e psicopedagógico da criança escolar e pouco ou nada nos aspectos escolares, familiares e sociais cujo sistema de influências dentro da educação, é determinante na personalidade da criança que se torna escolar.

Desta maneira, o modelo analisado nesta tese, revela que o entendimento e abordagem que se dá ao desenvolvimento é herdeiro de um modelo médico e clínico tradicional, que entende a saúde como ausência de doença, portanto, busca a doença para tratá-la.

Vários dos profissionais que entrevistamos manifestam inclusive, um entendimento de que os comportamentos da criança, ou os sintomas que a criança escolar apresenta, são expressões da forma em que seu desenvolvimento é orientado e da maneira em que o afetam as relações das que ele participa na escola, na família e no seu meio mais próximo. Apesar de tal entendimento, observamos como as políticas públicas vigentes no país abordam e tratam o problema, de modo que, o profissional é orientado e requisitado de iniciar seus processos de intervenção pela classificação e rotulação das crianças escolares, por meio do Registro Individuais de Prestação de Serviços de Saúde – RIPS que, não é outra coisa, que uma listagem de códigos diagnósticos que **devem** ser outorgados aos indivíduos logo realizam seu primeiro contato com a instituição de saúde. Um procedimento simplificado e reducionista, baseado na observação e nos primeiros relatos do paciente e ou de sua família, que consiste em, escolher a partir das categorias diagnósticas do CID-10, qual o código que melhor se ajusta às condições do paciente. No caso das crianças dos prontuários analisados, este processo se torna sistemático, fabril e acrítico, mas com a força suficiente para construir uma narrativa sobre supostas incapacidades intrínsecas ao indivíduo. Este sistema, como pudemos constatar, reforça uma lógica que reduz ou anula o processo de desvendar a dinâmica de relações e contradições inerentes ao desenvolvimento de um sujeito. Assim, a política sugere, o início de um processo que, partindo da mera classificação, se torna incapaz de dar pauta para a organização de ações e intervenções que promovam a superação da situação produtora das dificuldades e portanto, capaz de promover o desenvolvimento do sujeito.

Quando a dinâmica das relações se perde, a responsabilidade ou participação da escola e do sistema educacional que a organiza se isenta porque se faz invisível. Desta maneira, tanto a responsabilização do que o paciente vivencia como as possibilidades de superação estão postas na individualização de elementos que como vimos no capítulo 5, a partir dos prontuários e das próprias análises dos profissionais, correspondem à interrelação do biológico, do social e do cultural no indivíduo.

Entendemos no contato com os profissionais (que em muitos momentos contrastava com o registros de suas atuações nos prontuários) que, por trás das práticas destes profissionais, existem seres humanos que desejam e tentam fazer o que eles acreditam ser o melhor para o bem-estar da criança e sua família, buscando auxiliar na resolução dos problemas que enfrentam. Portanto, acreditamos que as análises reducionistas que estes fazem, perpassam suas intenções humanas, entanto se encontram atravessadas ideologicamente pelos conteúdos de sua formação, correspondentes a uma maneira de explicar e sustentar as contradições socioeconômicas e políticas produtoras de desigualdade e injustiça.

Esta pesquisa como dizíamos no início destas considerações, coloca na mesa de discussão da saúde mental da cidade de Cali e de alguma forma do país, a necessidade de ampliar a compreensão dos modelos de atendimento em saúde às questões escolares desenvolvido pelas entidades do setor público, bem como em outras regiões do país, dada a diversidade cultural e de problemáticas sociais particulares nestes lugares como as zonas de conflito armado por exemplo. Ao mesmo tempo, propõe a necessidade de pesquisar e discutir a produção de encaminhamentos e de diagnósticos em saúde mental na população infantil no marco da prevenção das violências no interior da escola, sendo este um dos focos do Grupo de Saúde Mental da cidade.

Por outra parte, esta pesquisa identificou na fala dos entrevistados uma preocupação pelo comparecimento cada vez maior na saúde, de crianças menores de 5 anos, encaminhadas pela escola. Isto começa a ser mais expressivo num momento em que a educação pré-escolar se faz obrigatória e não mais optativa, o que sugere, nas próprias inquietações apontadas pelos membros entrevistados, a necessidade de analisar a forma em que a política de educação para primeira infância está sendo materializada, quais as vivências das crianças e das famílias, quais os desafios que estão tendo que ser enfrentados.

A questão da formação dos profissionais também se revela como uma temática importante a ser discutida em futuras pesquisas. Principalmente quando, como no caso da

psicologia colombiana por exemplo, a formação tem um forte viés clínico com orientação cognitivista.

O Enfoque Histórico Cultural, que aparece em poucos programas de estudo é identificada com a neuropsicologia luriana e o crédito dado a Vigotsky é mínimo, quase nulo. De qualquer forma, as contribuições de Luria, não são desprezáveis, embora na psicologia e neuropsicologia colombiana o que se toma do autor, é o que há de mais vulgar no seu materialismo. Por outro lado, o materialismo histórico não faz parte de piso epistemológico nenhum na psicologia colombiana, e assoma timidamente na psicologia social, por conta da Cátedra Martin Baró, sendo que há um certo fascínio pelos autores pós-estruturalistas (Michel Foucault, Jacques Derrida, Gilles Deleuze, Jean-François Lyotard) e próximos ao pós-estruturalismo (Giorgio Agamben, Jean Baudrillard, Judith Butler, Félix Guattari, Julia Kristeva, Sarah Kofman, Philippe Lacoue-Labarthe e Jean-Luc Nancy).

Autores como Vigotsky e Wallon, por citar uma psicologia diferenciada, só se lê na área de pedagogia da Universidade Pedagógica.

Por outro lado, o que encontramos na história dos programas de psicologia no país é a presença de Psiquiatras e Psicanalistas na criação dos primeiros programas, sendo que seu surgimento se dá por meio da criação do Instituto de Psicologia Aplicada da *Universidad Nacional*, instituto que se encarregou da aplicação de provas psicométricas para o ingresso à Faculdade de Direito e de Medicina e para o processo seletivo de diferentes empresas como a ferroviária, à indústria de liquores, entre outras.

Martha Restrepo Forero, professora universitária e membro do Observatório da Qualidade na Formação Superior em Psicologia⁸³, realizou um levantamento e uma análise descritiva sobre os programas de formação em psicologia na Colômbia no ano de 2017. A caracterização está organizada por cursos de formação na graduação e na pós-graduação.

Sobre os programas de graduação Forero, organiza na tabela a seguir, o total de cursos ofertados e sua distribuição quanto ao setor seja público ou privado, e os que ainda funcionam vs os que não. a seguinte tabela:

⁸³ *Observatorio de la Calidad en la Formación Superior en Psicología*

Tabela 14. Estado e setor dos programas de graduação em psicologia

	ACTIVO	INACTIVO
Pública	26	3
Privada	112	53
Total general	138	56

Fuente: Martha Restrepo Forero com informações do SNIES 2017

Vale a pena dizer que existe uma concentração geográfica da oferta dos programas de graduação em 5 cidades do país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Cartagena), que concentram o 51% da oferta de programas em contraposição, à ausência dos mesmos em algumas zonas do país.. Se bem que estas cidades tem a maior população de Colômbia. A pesquisadora parte dos registros do Sistema Nacional de Informação da Educação Superior-SNIES do ano 2017, encontrando que existem 13.196 programas de formação oferecidos no país, dos quais 138 deles correspondem à graduação em Psicologia ofertados por 78 Instituições de Educação Superior-IES. “Segundo o SNIES (2017) 100 programas de pregrado (72.5%) em psicologia são ofertados por 51 universidades (65.4%) e 38 programas de pregrado (27.5%) são ofertados por 27 instituciones universitarias (34.6%)” (FORERO, 2017, p.6) sendo que 93% de tais programas são presenciais. Quanto aos programas de pós-graduação em psicologia 88% (n=140) dos programas acadêmicos que se registram são ofertados por instituições de caráter privado. A oferta de programas de formação no nível da pós-graduação no país está sustentada, fundamentalmente, pelas universidades e principalmente, pelas IES de caráter particular.

Os programas de pós-graduação em psicología estão distribuídos da seguinte maneira: 12 programas de formação no nível de doutorado, 55 mestrados e 91 especializações. A formação no nível de doutorado está sustentada por 123 programas, 2 deles criados por instituições de caráter público (23%) e 10 por instituições privadas (77%).

Tabela 15.

Comparação das áreas de formação em pós-graduação em Psicologia

Áreas de Formação	Especialização	Mestrado	Doutorado
Dependências	2	1	-
Família	6	2	-
Neuropsicologia	10	4	-
Neurociencia Cognitiva	-	-	1
Psicologia Clinica	19	9	-
Psicologia	-	17	11

Psicologia da Saúde	10	4	-
Psicologia do Consumidor	1	2	-
Psicologia do Esporte	2	-	-
Psicologia do Desenvolvimento	1	1	-
Psicologia Educativa	9	3	-
Psicologia Jurídica	7	1	-
Psicología Organizacional	11	5	-

Os cursos ofertados na pós-graduação do país, as linhas de pesquisa que são trabalhadas são um indicador inicial de aspectos que podem ser indagados em futuras pesquisas com relação à formação e as bases epistemológicas que sustentam a intervenção.

Por fim, entendendo que a presente pesquisa se enquadra no horizonte e as preocupações da agenda da saúde mental vigente no mundo e na Colômbia, os resultados deste trabalho alertam para a necessidade de transcender a tradicional separação da saúde mental como campo aparte tanto da saúde geral como da educação. A saúde pública mental como componente da saúde pública, é um campo em permanente desenvolvimento que não tem conseguido ainda, ações coordenadas no âmbito da saúde geral e menos ainda, no âmbito da educação. Isto ao nosso ver obedece por um lado, à visão hegemônica e fragmentada das teorias que a sustentam. Pelo outro, ao fato de pensar a educação só como o campo que precisa de sua intervenção e não, como campo potencialmente capaz de promover saúde mental e prevenir tanto destruturações da saúde mental, bem como para prevenir ações medicalizantes. Destarte, os casos escolhidos para a triangulação nos permitiram ver claramente que a educação se sobrepõe nestes domínios e os benefícios da prevenção a partir de uma educação de qualidade são comuns a todos os âmbitos. Esta interconexão é a razão que dá a força aos pesquisadores deste trabalho para dedicar esta discussão.

REFERÊNCIAS⁸⁴

- AFONSO, A. J. Nem tudo o que conta em educação é mensurável ou comparável: Crítica à accountability baseada em testes standardizados e rankings escolares. *Rev. Lusófona de Educação*. n. 13, p. 13-29. Lisboa, Portugal, 2009.
- AHUMADA, C. La penuria de la Salud Pública. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*. V. 3, N. 1, P. 47-56, Bogotá, 2002.
- ALDANA, L. E. Algo sobre higiene escolar. Tesis en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina y Ciencias Naturales Universidad Nacional de Colombia. Imprenta San Bernardo. Bogotá, Colombia. 1921.
- ALVES, R. O Amor Que Acende a Lua. Papirus, 15ª. Edição. São Paulo, 2011.
- ANTUNES, M. A. M. O Processo de Autonomização da Psicologia no Brasil - 1890/1930: uma contribuição aos estudos em História da Psicologia (Tese de doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ARAÚJO, S. Séptima conferencia. In: Los problemas de la raza en Colombia. Cromos, p. 255-292. Bogotá, Colombia, 1920.
- ARCILA, A. Los dueños extranjeros de la salud en Colombia. 01/27/2019. Especiales. Las Dos Orillas. Bogotá, 2019.
- ARDILA, R. La psicología en Colombia: desarrollo histórico. Trillas. México, 1973.
- ARIAS, G. B. La persona en el Enfoque Histórico Cultural. Centro de Documentação e Informação Polis Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. Linear B. São Paulo, 2005.
- _____. Educación, desarrollo, evaluación y diagnóstico desde el Enfoque Histórico Cultural. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. Ciudad de la Habana, Cuba, 1999.
- _____. Evaluación y diagnóstico en educación y desarrollo desde el enfoque histórico-cultural. Ed. Independiente. São Paulo, 2001.
- _____. El papel de los “otros” y sus características en el proceso de potenciación del desarrollo humano. *Rev. Horizontes Educativos*, n. 8, pp. 81-87. Universidad del Bío Bío, Chile, 2003.
- _____. A Dinâmica Causal das Alterações do Processo de Formação da Personalidade. In: FACCI, M. G. D.; TULESKI, S. C.; BARROCO, S. M. S. (Orgs). *Escola de Vigotski: contribuições para a psicologia e a educação*. EDUEM. Maringá, 2009.
- _____. La Psicología Clínica y la Relación de Ayuda. Sus bases Histórico Culturales. In: ARIAS, G.; PROENÇA, M; CASANOVA, A.R (org) *Educación, Cultura y Desarrollo desde el Enfoque Histórico Cultural: Outros Problemas de las Prácticas Profesionales*. Vol 3 (ebook). Terracota. São Paulo, SP, 2017.

⁸⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023), com base nas Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro. [et al.]. 3.ed. rev. ampl. mod. São Paulo: SIBiUSP, 2016. 100 p.: il. -- (Cadernos de estudos; 9).

ARIAS, W. L. Nexos históricos entre la psicología y la pedagogía latinoamericana en la experimentación. *Propósitos y Representaciones Revista de Psicología Educativa de la USIL*. Vol. 2, Nº 1. pp. 215 – 233. São Paulo, 2014.

ARIÈS, P. La infancia. *Revista de Educación*, n. 281, septiembre-diciembre. p. 5-17. Madrid, 1986.

_____. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus. Madrid, 1987.

_____. Para una historia de la vida privada. En: *Historia de la vida privada. 3. Del Renacimiento a la Ilustración*. (pp. 13-28). ARIÈS, P.; DUBY, G. (Directores). Taurus. Madrid, 2001.

BAUTHENEY, K. C. S. F. Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico. Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

BEJARANO, J. Quinta conferencia, In: *Los problemas de la raza en Colombia*. Cromos. p. 178-212. Bogotá, Colombia. 1920a.

_____. Sexta conferencia, In: *Los problemas de la raza en Colombia*. Cromos. p. 213-254. Bogotá, Colombia. 1920b.

_____. La delincuencia infantil en Colombia y la profilaxis del crimen. Conferencias culturales del municipio de Bogotá. Imprenta Municipal. Bogotá, Colombia. 1940.

BERNAL JIMÉNEZ, R. La escuela defensiva. *Revista Educación. Órgano de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional de Colombia*, v. I, n. 1, p. 65-69. Bogotá, Colombia. 1933.

BERRIOS G.E.; GILI M. Will and its disorders. A conceptual history. *History of Psychiatry* 6: 87-104. 1995.

BLUMENBACH, J. F. Tradução BENDYSHE, T. *The Anthropological Treatises Blumenbach*. Anthropological Society of London. 1865

BOARINI, M.L. Unidades Básicas de Saúde: uma extensão da escola pública? Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Hiperatividade, Higiene Mental, Psicotrópicos: Enigma da Caixa de Pandora. Maringá: Eduem, 2009.

BOCK, A. M. B. As Aventuras do Barão de Munchausen na Psicologia: Um Estudo Sobre o Significado do Fenômeno Psicológico na categoria dos Psicólogos (Tese de doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1997.

BORDA, A. Higiene escolar y edificios para las escuelas. Ponencia presentada al Segundo Congreso Médico Nacional, Bogotá. Escuela Tipográfica Salesiana. Archivo de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja. Tunja, Colombia. 1917.

BOTTOMORE, T. Dicionário do Pensamento Marxista. GUIMARÃES, A. M. (edição brasileira) 2ª. Ed. Zahar. Rio de Janeiro, 1988.

BOZHOVICH, L. I. La personalidad y su formación en la edad infantil. *Investigaciones psicológicas*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, Cuba. 1976.

_____. Las etapas de la formación de la personalidad en la ontogénesis. In: DAVIDOV, V.V.; SHUARE, M. (Org). La psicología evolutiva y pedagógica en la URSS: Antología. Editorial Progreso. P. 250-273. Moscú, 1987.

BRAY, C. T. Queixas escolares na perspectiva de educadores das redes públicas e privadas: contribuição da psicologia Histórico-cultural. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Maringá. 2009.

BREITMAN, M. Rodrigues. La construcción social de la infancia delincuente. Nueva Sociedad. n. 129. Enero-Febrero. p. 152-163. 1994. Disponível em: http://nuso.org/media/articles/downloads/2311_1.pdf

CABALLERO, L. Octava conferencia, In: Los problemas de la raza en Colombia. Cromos. p. 293-333. Bogotá, Colombia. 1920.

CALEJON, L.M.C; ARIAS, G.B Avaliação Psicológica os testes e o diagnóstico explicativo. G.E Degaspari. São Paulo, 2002

CASTRO – GÓMEZ, S. Tejidos oníricos. Movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910 – 1930): Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 2009

_____; RESTREPO, E. (Eds.) Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX. PENSAR. Pontificia Universidad Javeriana-Instituto. Bogotá, 2008.

CASTRO, X. M. Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. CS No. 11, 73–114, enero–junio. Cali, Colombia. 2013.

CHARLOT, B. Educação e globalização: uma tentativa de colocar ordem no debate. Sísifo. v. 4, p. 129-136. Lisboa, Portugal, 2007.

CHAVES, M. Práticas Educativas e Formação em Serviço: Reflexões e Desafios que se Apresentam aos Profissionais da infância. In: RODRIGUES, E.; ROSIN, S. M. (Org). Infância e práticas educativas. Eduem. p. 175-186. Maringá, 2007a.

CHAVES, M.; STEIN, V.; CALEJON, L. M. C. Formação de Professores e Intervenções Humanizadoras: contribuições da Teoria Histórico-Cultural. In: BEATÓN A.G; CALEJON L.M.C; ELEJALDE M. (Org.). Enfoque Histórico-Cultural: Problemas de las Prácticas Profesionales. 1ed. v. 2, p. 236-244. Terracota. São Paulo, 2017.

CHECCHIA, A. K. A., & SOUZA, M. P. R. Queixa escolar e atuação profissional: apontamentos para formação de psicólogos. In M. E. M. MEIRA, & M. A. M. ANTUNES (Orgs.), Psicologia escolar: teorias críticas (pp. 105-138). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine. American Sociological Review, New York, v. 68, n. 2 p. 161- 194, 2003.

COLÔMBIA. Constitución Política. Consejo Superior de la Judicatura. Centro de Documentación Judicial 1991/2016.

_____. Ley 1616/2013 de Salud Mental. Congreso de la República de Colombia. Bogotá, 2013.

_____. Grupo de Salud Mental y Convivencia de Santiago de Cali. Alcaldia de Santiago de Cali, 2018. Disponível em: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/130047/grupo-de-salud-mental-y-convivencia-social/>. Acesso em: dezembro, 5 de 2018.

_____. Decreto 1038/2015. Catedra de Paz. Ministerio de Educación. Bogotá, 2015.

_____. Ley 100/1993 Sistema de Seguridad Social Integral. Congreso de la República de Colombia. Bogotá, 1993.

_____. Ley 115/1994 Ley General de Educación. Congreso de la República de Colombia. Bogotá, 1994.

_____. Plan Decenal de Educación. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá, Colombia, 2016.

COLLARES, C. A. L & MOYSES, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: Ensino e medicalização. Unicamp: Faculdade de Educação/ Faculdade de Ciências Médicas. Cortez. Campinas, 1996.

_____. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na primeira série do primeiro grau no Município de Campinas. Em Aberto. v. 11, n. 5. P. 13-28, jan/mar. 1992

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS. Articulación de la entidad gremial, académica y gubernamental para la construcción de la Política Pública en Salud Mental. Agosto 7 de 2018.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior. Soc. Probl., v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

_____. The Shifting Engines of Medicalization. Journal of Health & Social Behaviour, v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.

_____. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

DECROLY, O. El Doctor Decroly en Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá, Colombia. 1933.

DE MAUSE, LL. Historia de la infancia. Alianza Editorial. Madrid, 1991.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE. Informe general del director del Departamento Nacional de Higiene al Ministerio de Educación. El Gráfico. Bogotá, 1937.

DÍAZ, D. Raza, pueblo y pobres, In: CASTRO-GÓMEZ, S.; RESTREPO, E. (org.) Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX. Pontificia Universidad Javeriana-Instituto Pensar. Bogotá, 2008.

DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. Duas Cidades. São Paulo, 1976.

DONZELOT, J. La policía de las familias. Pretextos. Valencia 1979.

DOS SANTOS, K. P.; SANTANA, A. P. D. O. Teste de fluência verbal: uma revisão histórico-crítica do conceito de fluência. Distúrbios da Comunicação, [S.l.], v. 27, n. 4. ISSN 2176-2724. nov. 2015.

DUSSEL, E. Europa, modernidad y eurocentrismo In LANDER, E. (comp.) La colonialidad del saber. Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO. Buenos Aires, 2000

EHRENBERG, A. Le culte de la performance. Hachette Littératures. Paris, 1991.

_____. Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina, 2004.

ESLAVA, J. M. Evaluación clínica de los trastornos del aprendizaje. Programa de Educación Continuada en Pediatría- PRECOP. Sociedad Colombiana de Pediatría-SCP. Volumen 15 Número 2 v 21. p. 20-32. Bogotá, Colombia. 2016.

_____. Los trastornos del aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas. Colección: Aula Activa. Editorial Magisterio. Colombia. 2011

FACCI, M. G. D. Valorização ou esvaziamento do trabalho do professor? Um estudo crítico comparativo da teoria do Professor Reflexivo, do Construtivismo e da Psicologia Vigotskiana (Tese de doutorado não publicada). Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara - UNESP, São Paulo, 2003.

_____. A escola é para poucos?: A positividade da escola no desenvolvimento psicológico dos alunos em uma visão Vygotskyana. Rev. psicol. polít. São Paulo. v. 10, n. 20, p. 315-328, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 de ago. 2016.

FAJARDO, J. E. Anomalías mentales en los escolares bogotanos. Ed. Minerva. Bogotá, 1923.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000

FLOREZ, J. H. A; ATEHORTUA, S. C. B; ARENAS, A.C.M Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 8 (16): 107-131, ene-jun. Bogotá-Colombia, 2009

FREIDSON, E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.

FRELLER, C. C. Crianças portadoras de queixa escolar: Um enfoque “winnicottiano”. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1993.

FRELLER, C. C.; SOUZA, B. DE P.; ANGELUCCI, C. B.; BONADIO, A. N.; DIAS, A. C.; LINS, F. R. S.; MACÊDO, T. E. C. R. Orientação à Queixa Escolar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 129-134, jul./dez. 2001, pp 129 - 135.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: Fazenda, I. (Org.). Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez, 1991.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. Em Michael Foucault, Microfísica do poder. Graal. pp. 277-293. Rio de Janeiro, 1978.

_____. Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France 1978-1979). Fondo de Cultura Económica. México. 2007.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. pp. 185-221. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

GOULD, S.J. La falsa medida del hombre. Hyspanamericana. Correntes, Argentina. 1988.

GREEN, R. ET AL. A Draft Sequence of the Neandertal Genome. *Science* Vol. 328. no. 5979, pp. 710 – 722, 2010.

GREENOUGH, T. W. Modificación Experimental del Cerebro en Desarrollo. *American Scientist*, 63: 37-46, 1975.

HELG, A. La educación en Colombia, 1918-1957: Una Historia Social, Económica y Política. Serie Educación y Cultura. Universidad pedagógica nacional. Plaza & janés editores. Bogotá, colombia. 1987.

_____. Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920: Colombia entre México y Argentina. *Estudios Sociales*. Fundación Antioqueña para los Estudios Sociales. n. 4p. 29-53. Medellín, Colombia. 1989.

HERNÁNDEZ M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18(4) p.991-1001, jul-ago. Rio de Janeiro, 2002

IRIART, C.; IGLESIAS RÍOS, L. Biomedicalization and childhood: attention deficit hyperactivity disorder. *Interface - Comunic. Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.1011-23, out./dez. 2012.

JACÓ-VILELA, A. M. História da Psicologia no Brasil: Uma Narrativa por meio de seu Ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(esp.), 28-43, 2012

JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L. & PORTUGAL, F. T. História da Psicologia: Rumos e Percursos. Nau. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2008.

JARABA, B. B. Ardila y sus precursores: produciendo la tradición historiográfica de la psicología colombiana. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 46, n.1, p. 147-158. 2012. Disponível em <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28424858015>. Acesso em: 12 de março de 2018

JIMÉNEZ LÓPEZ, M. Lo inconsciente en la educación. *Revista Cultura*, v.1, n. 2, p. 376-381. Bogotá, Colombia, 1915.

_____. Nuestras razas decaen: algunos signos de degeneración colectiva en Colombia y en los países similares. In: *Los problemas de la raza en Colombia*. Cromos, p. 3-78. Bogotá, Colombia. 1920.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

JUNQUEIRA, R. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 117-130, 2000

KALMUS, J.; PAPARELLI R. Para além dos muros da escola: AS repercussões do fracasso escolar na vida das crianças reprovadas. Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.

KATARZYNA, A. KASZYCKA, STRZAŁKO, J. Race: Tradition and convenience, or taxonomic reality? More on the race concept in Polish anthropology *Prz. Antropol.–Anthropol. Rev.* vol. 66, pp. 23-37. 2003.

KLAPPENBACH, H. Construcción de tradiciones historiográficas en psicología y psicoanálisis. *Psicologia em Estudo*, vol.11 no.1 Maringá Jan./Apr. 2006

KOSIK, K. Dialética do concreto. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1976.

- LAHIRE, B. Sucesso Escolar nos meios populares. As razões do improvável. Ática. São Paulo, 1997.
- LEWIN, J. E. Los súper poderosos de la salud. Sección La Silla Nacional. 07/10/2013. La Silla Vacía. Bogotá, 2013.
- LEWONTIN. R. C; ROSE. S; KAMIN. L. J. No está en los genes. Racismo, genética e ideología. Crítica. Barcelona, 1987.
- LE BONNIEC, Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista de Salud Pública, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 203-239, sep. 2002. ISSN 2539-3596. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18572>>. Acesso em 18.09.2017
- LEZAK M.D. Neuropsychological Assessment. Oxford University Press. Oxford, 1995.
- LIMA, A.L.G. O Espectro da Irregularidade Ronda o Aluno: um estudo da literatura pedagógica e da legislação sobre a “criança-problema”. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- LÓPEZ DE MESA, L. Segunda conferencia In: Los problemas de la raza en Colombia, Bogotá, Cromos, p. 79-110. Bogotá, Colombia. 1920.
- LÓPEZ, J.; SIVERIO GÓMEZ, A. M. El proceso Educativo para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. La Habana: UNICEF-CELEP, 2005
- LORING, D.W. INS Dictionary of Neuropsychology. Oxford University Press. New York, 1999.
- MACINTYRE, A. Historia de la ética. Paidós. Barcelona, España. 1971.
- MACHADO, M. A. Crianças da classe especial: efeitos do encontro da saúde com a educação. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1994.
- _____. Reinventando a Avaliação Psicológica. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996. Recuperado de <http://www.teses.usp.br>
- MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M.; ARAÚJO, G. C.; TAQUEMORI, L.Y.; GRECO, L. L. Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 13-20, jan.-abr. 2006.
- MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: SADER, E. Dialética da Dependência. Petrópolis: Vozes, 2000.
- _____. Desenvolvimento e dependência. In: TRASPADINI, R.; STEDILE, J. P. Ruy Mauro Marini: Vida e Obra. Expressão Popular. São Paulo, 2005.
- MARK, J. Human Biodiversity, Genes, Race and History. Aldine de Gruyter. New York, 1994
- MARTINS, J. C.; FACCI, M. G. D. A transição da Educação Infantil para o Ensino Fundamental: dos jogos de papéis sociais à atividade de estudo. In: MARTINS L. M.; ABRANTES A. A.; FACCI M. G. D. (Org). Periodização Histórico-cultural Do Desenvolvimento: Do Nascimento a Velhice. Coleção Educação Contemporânea. Autores Associados. 1ª. Ed. p. 149-170. Campinas, 2016.
- MARTINS, L. M. As aparências enganam: Divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: 29 Reunião da ANPED 2006. Educação, Cultura e Conhecimento: desafios e compromissos, v. 1. Trabalhos GT17: Filosofia da Educação. 2006

_____. O Desenvolvimento do Psiquismo e a Educação Escolar: Contribuições à luz da Psicologia Histórico-Cultural e da Pedagogia Histórico-Crítica. *Interface (Botucatu)*. v. 16, n. 40, p. 283, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em setembro 26 de 2018.

MEIRA, M. E. M. *Psicologia Escolar: pensamento crítico e práticas profissionais* (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MEIRA, M. E. M. *Psicologia escolar: pensamento crítico e práticas profissionais*. In E. R. Tanamachi, M. Proença, & M. L. Rocha (Orgs.), *Psicologia e educação: desafios teórico-práticos*. pp. 35-72. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000.

_____. Construindo uma Concepção Crítica de Psicologia Escolar: Contribuições da Pedagogia Histórico-Crítica e da Psicologia Sócio-Histórica. In: Meira, M. E. M. Antunes M. A. M. (Orgs.), *Psicologia escolar: Teorias Críticas*. pp. 13-78. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2003.

MEIRA, M. E. M., & ANTUNES, M. A. M. (Orgs.). *Psicologia Escolar: Teorias Críticas*. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.

MEJIA, L.; BRAVO-VALDIVIESO, L.; MILICIC-MÜLLER, N. Transtornos del aprendizaje: Investigaciones Psicológicas e Psicopedagógicas en diversos países de Sud América. *Cienc. Psicol.* vol.3 no.2. nov. Montevideo. 2009

MERRIAM, S. *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C. A. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP*. vol. 8. N. 1 São Paulo, 1997.

MUÑOZ, C; PACHÓN X. *Historia social de la infancia*. Bogotá, 1900-1989. Fundación para la promoción de la investigación y la tecnología. Banco de la República. 7 vol. Bogotá, 1988.

_____. *La niñez em el siglo XX: Salud, educación, familia, maltrato, asistencia yrotección*. Planeta. Bogotá, 1991

_____. *La aventura infantil a mediados de siglo*. Planeta. Bogotá, 1996.

NETTO, J. P. *Notas para uma discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social*. Cadernos Abess, n.3. São Paulo: Cortez, 1989.

NOVACK, G. *Los Orígenes del Materialismo*. Pluma Ed. Buenos Aires, Argentina. 1975

QUINTO CONGRESO MÉDICO NACIONAL Y PRIMER CONGRESO COLOMBIANO DEL NIÑO. BARRANQUILLA, COLOMBIA. 1936.

OLIVEIRA, M.S.; RIGONI M.S.; ANDRETTA I. & MORAES, J.F. Validação do Teste Figuras Complexas de Rey na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 3 (1), 33-38. 2004

PACHÓN, X. “Los guambianos”: Introducción a la Colombia Amerindia. - Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá, 1985

PASQUALINI, J. C. A Perspectiva Histórico-dialética da Periodização do Desenvolvimento Infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 31-40, jan./mar. 2009

_____. O Papel do Professor e do Ensino na Educação Infantil: A perspectiva de Vigotski, Leontiev e Elkonin. In: MARTINS, L. M. & DUARTE, N. (Orgs). *Formação de Professores: Limites contemporâneos e Alternativas Necessárias*. Editora UNESP. Cultura Acadêmica. p.161-191. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. São Paulo, 2010.

PASQUALINI, J. C; MARTINS, L. M. Dialética Singular-Particular Universal: Implicações do Método Materialista Histórico dialético para a psicologia. *Psicologia e Sociedade*. 27 (2). p. 362-371. Universidade estadual Júlio Mesquita Filho. São Paulo, 2015.

PATTO, M. H. S. *Introdução a Psicologia Escolar* (4a ed.). Casa do Psicólogo: São Paulo: 1981.

_____. *Psicologia e ideologia: reflexões sobre a psicologia escolar*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

_____. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1990.

_____. Para uma crítica da Razão Psicométrica. *Psicologia USP*, v.8, n.1, p.47-62. São Paulo, 1997.

PORTES R. *Dismantling Educational Inequality: A Cultural-historical Approach to Closing the Achievement Gap*. Peter Lang Publishing. New York, 2005.

PORTES R.; VANDEBONCOUER, J. Mediation in cognitive socialization: The influence of socioeconomic status. In KOZULIN, A.; GINDIS, B.; AGEYEV, V.S; MILLER, S.M (Orgs.) *Vigotsky's educational theory in cultural context*. Cambridge University Press. Cambridge, UK, 2003.

PROGRAMA DE LAS NACIONES Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York, 2015.

QUEVEDO V. E. Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad. Base para una renovación curricular en medicina. In: Quintero, G. A. *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje*. p. 269-314. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá, 2012.

_____. *La Salud en Colombia: Análisis socio histórica*. Presencia Ltda. Ministerio de Salud. Departamento de Planeación. Bogotá-Colombia, 1990.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder y clasificación social In: QUIJANO, A. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Colección Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño. CLACSO. Buenos Aires, 2014.

_____. De la Dependencia Histórico-Estructural a la Colonialidad/Descolonialidad del Poder. In ASSIS CLÍMACO, D. de. (Org.) *Aníbal Quijano Cuestiones y Horizontes Antología esencial*. CLACSO. Buenos Aires, 2014a.

_____. Raza, etnia y nación en Mariátegui: Cuestiones abiertas, In FORGUES, R. José Carlos Mariátegui y Europa. *La otra cara del descubrimiento*. Amauta. Lima, 1992.

_____. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Colección Temas. CLACSO. Buenos Aires, 2005.

SÁENZ, J.; SALDARRIAGA, O.; OSPINA, A. Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia 1903-1946. En: Mirar la infancia. Vol. 1 y 2. Universidad de Antioquia. Foro Nacional por Colombia. Ediciones Uniandes. Colciencias, Medellín, Colombia. 1997.

SANTANA, M. S. R.; CALEJON, L. M. C. O Enfoque Histórico Cultural como referencial teórico para a compreensão dos processos educativos. In ARIAS, G. B.; CALEJON, L. M. C.; FEBLES, M. E. (org) ENFOQUE HISTÓRICO CULTURAL: PROBLEMAS DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES. Vol 2. Terracota. São Paulo, 2017.

SAWAYA, S. M. Pobreze e linguagem oral: as crianças do Jardim Piratininga. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 1992.

SOARES, M. Alfabetização: A Questão dos Métodos. Contexto. São Paulo, 2016.

SUÁREZ S. C. La selección médico pedagógica de los niños anormales y degenerados. Estudio para el doctorado en Medicina y cirugía. Cromos. Facultad de Medicina y Ciencias Naturales. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 1926.

SANTOS, T. dos. Teoria da dependência: balanço e perspectivas. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2000.

SOLOVIEVA, Y.; QUINTANAR, L. Análisis neuropsicológico de las alteraciones del lenguaje. Revista de Psicología General y Aplicada. N. 55 (1), 67-87. México, 2002.

_____. El desarrollo del niño y los métodos de enseñanza. Ciencia y Cultura. Elementos 77 p. 9-13. 2010.

SOUZA, B. de P. Orientação à queixa escolar: considerando a dimensão social. Psicol. cienc. prof. Brasília. v. 26, n. 2, p. 312-319, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 de jun. 2016.

_____. Orientação à queixa escolar (Org). Casa do Psicólogo: São Paulo, 2007a.

_____. Apresentando a Orientação à Queixa Escolar. In: SOUZA, B. de P. (Org). Orientação à queixa escolar. pp. 99 – 118. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2007b

SOUZA, M. P. R. DE. A queixa escolar e a formação do psicólogo. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

_____. Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia. In: SOUZA, D. T. R.; OLIVEIRA, M. K. E.; REGO, T. C. (Eds). Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. pp. 177-195. Moderna. São Paulo, 2002.

_____. Construções da Psicologia para a compreensão da queixa escolar – curso de curta duração. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1996.

_____. Retornando à Patologia para Justificar a Não Aprendizagem Escolar: A Medicalização e o Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em Tempos de Neoliberalismo. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). Medicalização de

Crianças e Adolescentes: Conflitos Silenciados pela Redução de Questões Sociais a Doenças de Indivíduos. pp.57-67. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2010.

SOUZA, M. P. R.; SILVA, S. M. C. & YAMAMOTO, K. (Orgs). Atuação do psicólogo na Educação Básica: concepções, práticas e desafios. EDUFU: Uberlândia, 2014.

SOUZA, M. P. R. e MACHADO, A. M. (orgs). Psicologia Escolar: Em Busca de Novos Rumos. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1997

TANAMACHI, E. R. Visão crítica de Educação e de Psicologia: elementos para a construção de uma visão crítica de Psicologia Escolar. (Tese de doutorado não publicada). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, São Paulo, 1997.

_____. Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em psicologia escolar. In: E. R. TANAMACHI, M. PROENÇA, & M. L. ROCHA (Orgs.), Psicologia e educação: desafios teórico-práticos (pp. 73-104). Casa do Psicólogo: São Paulo, 2000.

_____. Compromisso Ético-Político da Psicologia na Educação como expressão da perspectiva Histórico-Cultural. Revista Abrapee, 18(1), 173–180, 2014.

TANAMACHI, E. R., PROENÇA, M., & ROCHA, M. L. (Orgs.). Psicologia e educação: desafios teórico-práticos. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2000.

TEJADA, A. M. M. Escolarização em diagnóstico: Crianças em concreto. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2014.

TORRES, C. El cuidado de la salud. In: Nociones de puericultura. Biblioteca Aldeana de Colombia, p. 1-24. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá, Colombia. 1936.

UNICEF. Infancia en tiempos de guerra: ¿los niños de colombia conocerán por fin la paz? In UNICEF. La infancia en peligro. Colombia, 2016.

_____. Defining quality in education. Naciones Unidas. Nueva York 2000

VALSINER, J.; VAN DER VEER, R. Vigotsky: Uma síntese. Loyola. São Paulo, 1996.

VALDERRAMA, J.M; ESTRADA, V.O. Higienizar, medicar, governar. Historia, medicina y sociedad en Colombia. Grupo de Investigación Historia de la Salud. La Carreta Editores. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2004.

VARELA, J. Aproximación genealógica a la moderna percepción social de los niños. Revista de Educación. n. 281, p.155-175. 1986

VASCO, E. Educación del carácter. In: Nociones de puericultura. Biblioteca Aldeana de Colombia, p. 25-56. Bogotá, Colombia. 1936.

_____. Escuelas para anormales. Revista Educación, Facultad de Educación, Universidad Nacional. 2 (15), 595-604. CD-IDEP. 1934

VEZZETTI, H. Desarrollo de la psicología en Colombia: aporte para el estudio de su historia. In F. CHAPARRO; R. SAGASTI (Org.) Ciencia y Tecnología en Colombia. pp. 221-250). Instituto Colombiano de Cultura Bogotá, 1978.

VIGOTSKY, L. S. A construção do pensamento e da linguagem. Martins Fontes. São Paulo, 2001.

- _____. O significado histórico da crise da Psicologia: Uma investigação metodológica. In: VIGOTSKY, L.S. Teoria e Método em Psicologia. Martins Fontes. p. 203-417. São Paulo, 1927/1996.
- _____. Obras escogidas v. IV. Machado Libros. Madrid, 1996.
- _____. La prehistoria del desarrollo escrito. Obras escogidas III. Visor. Madrid, España, 1995.
- _____. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Editorial Científico-Técnica. Habana. Cuba, 1987.
- _____. Fundamentos de Defectología. Obras Escogidas v. V. Visor. Madrid, 1997.
- VILLAR A. G. Desarrollo de la psicología en Colombia. Revista de Psicología. 10 (2), 7-26. Bogotá: Universidad Nacional, 1965.
- VILLAMIZAR, J. Atrasados escolares. Imprenta de la Patria. Biblioteca Nacional de Colombia. Bogotá, 1914.
- VIVES, J. L. On education. A translation of “De tradendis disciplinis” of Juan Luis Vives, 1531, Cambridge, University Press. 1913.
- WECHSLER, D. Wechsler Memory Scale - Revised: Manual. Pshycological Corporation. San Antonio, TX, 1987.
- WIEVIORKA, M. El antisemitismo explicado a los jóvenes. Libros del Zorzal. Madrid. España, 2018.
- YASNITSKY, A. Vygotsky Circle during the decade of 1931-1941: toward an integrative science of mind, brain, and education. Tese de Doutorado, Department of Curriculum, Teaching and Learning, University of Toronto. Toronto, Canadá, 2009.
- _____. Vygotski revisitado: una historia crítica de su contexto y legado. Miño y Dávila. Buenos Aires, 2016
- YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Bookman 2ª. Ed Porto Alegre, 2001
- ZIBETTI, M.L.T; DE SOUZA F.L.F; QUEIRÓZ, K.J.M. Quando a escola recorre à psicologia: mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa na alfabetização Estudos e pesquisas em Psicologia 10 (2), 490-506, 2010
- _____. Os saberes docentes na prática de uma alfabetizadora: um estudo etnográfico. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005
- ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. The Sociological Review. v.4, p. 487-504, 1972.
- ZULUAGA, O. L. G. Entre Lancaster y Pestalozzi: los manuales para la formación de maestros en Colombia, 1822-1868. Revista Educación y Pedagogía. Facultad de Educación. Vol. XIII, No. 29-30, pp. 41-49 (enero-septiembre), 2001.
- _____. Pedagogía e historia: la historicidad de la pedagogía. La enseñanza, un objeto de saber. Biblioteca Universitaria. Siglo del Hombre Editores, Anthropos, Editorial Universidad de Antioquia. Ciencias Sociales y Humanidades Santafé de Bogotá, 1999.

APÊNDICES

APENDICE 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

São Paulo, 26 de enero de 2017.

Apreciado Doctor: **ALEXANDER DURÁN PEÑAFIEL**
Secretario de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Apreciada Doctora: **MARITZA ISAZA**
Responsable Grupo de Salud Mental y Convivencia Social
Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Por medio de la presente presentamos la investigación de doctorado de la Estudiante Ana María Tejada Mendoza matriculada en el Programa de Posgrados en Psicología Escolar y del Desarrollo Humano, del Instituto de Psicología de la Universidad de Sao Paulo- USP (USP). Su trabajo está siendo orientado por la Profa. Dr^a. Marilene Proença Rebello de Souza, directora del mismo instituto. El título de la referida investigación es: *Caminos y descaminos de quejas escolares en países de América Latina: Brasil – Colombia*.

La investigación tiene por objetivo identificar y analizar explicaciones, formas de comprensión e intervención presentes en profesionales del área de la educación y de la salud frente a demandas y/o remisiones de la escuela hacia el sector salud, asociadas al comportamiento y el desempeño escolar de niños y niñas entre 6 y 12 años en países de América Latina (Brasil-Colombia).

Para tal fin, solicitamos muy respetuosamente permitan a la doctoranda realizar parte del levantamiento de datos documentales y empíricos en su institución, permitiéndole acceso a informaciones estadísticas, documentos oficiales sobre legislación y programas de salud mental en el país y el municipio así como la realización de entrevistas con el equipo de profesionales de su institución.

Entre los procedimientos de investigación utilizados son contemplados: revisión de estadísticas municipales sobre diagnósticos que engloben trastornos comportamentales y problemas de aprendizaje en la población infantil; revisión de historias clínicas de atención terapéutica de niños y niñas; entrevistas con profesionales del sector salud involucrados en el proceso de atención en salud de los niños y niñas. Tales entrevistas buscan conocer los factores que motivaron las remisiones; las estrategias de enfrentamiento que fueron utilizadas y/o construidas en esos casos; las implicaciones han tenido tales estrategias en la vida de esos niños y niñas y en el favorecimiento de los procesos escolares. Por tanto, será de vital importancia para este estudio, **contar con un levantamiento estadístico sobre** los principales diagnósticos en salud mental por grupo etario, principales diagnósticos en salud en la infancia y posteriormente, destacar los diagnósticos asociados a problemas de aprendizaje del comportamiento en niños y niñas a partir de los **Registros Individuales de Prestación de Servicios**

de Salud – RIPS. Estos diagnósticos en la población infantil nos interesan, sean ellos o no, el diagnóstico principal. Al final de esta carta, adjuntamos los diagnósticos que harían parte del foco de nuestra investigación.

Pretendemos que las informaciones estadísticas sobre los RIPS nos permitan rastrear la presencia de tales diagnósticos por regiones de la ciudad, el motivo de consulta, persona o entidad que remite (en los casos en que estas informaciones estén consignadas).

Por otra parte, será también importante contar con informaciones estadísticas del Fondo Rotatorio de Estupefacientes sobre la distribución y consumo de Metilfenidato (Ritalin, Ritalina, Concerta, entre otros nombres comerciales) en el Departamento del Valle del Cauca, destacando cuál es el nivel de consumo en la población infantil y adolescente del municipio.

Finalmente, a partir de las historias clínicas de atención pretendemos desarrollar estudios de caso con los que intentaremos acompañar y reconstruir el proceso de surgimiento de este diagnóstico y la atención que estos (as) niños (as) recibieron. Para la participación en éste estudio será solicitada su aprobación/consentimiento por escrito conforme rige el código de ética en investigación. En caso de que en el transcurso de la investigación se considere importante la participación de niños y niñas será solicitada la autorización de los padres o responsables.

Aclaremos que tanto los datos de identificación de las instituciones de salud, de las educacionales y de las personas participantes en esta investigación serán mantenidos en sigilo, y que no existen riesgos en este trabajo que atenten contra la integridad física, emocional y el buen nombre de los participantes. Los datos obtenidos serán utilizados conforme la normatividad ética en investigación .

Los resultados obtenidos, así como el análisis y conclusiones a que la investigación llegue, serán registrados en la Tesis de Doctorado que contará, además, con la descripción de todos los procedimientos adoptados. La tesis, además de estar disponible en el banco de tesis y disertaciones de la Universidad de São Paulo (disponible online para todos los países), será entregada también en copia impresa y digital a las instituciones participantes en esta investigación. La investigadora se dispone también, a presentar y discutir el curso y resultados de su trabajo con aquellos que estén interesados, en especial, los participantes de la investigación así como en eventos de divulgación científica.

Estamos a disposición para aclarar cualquier duda que pueda surgir sobre nuestro trabajo.
Atentamente,

Ana Maria Tejada Mendoza

Doctoranda Programa de Psicología
Escolar y del Desarrollo Humano.
Instituto de Psicología - USP

Dr.ª Prof.ª Marilene Proença Rebello de Souza

Orientadora de Doctorado
Directora del Instituto de Psicología de la
Universidad de Sao Paulo.

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

MOMENTOS DA ENTREVISTA:

1. *Apresentação da pesquisadora*
2. *Apresentação da pesquisa:* esta pesquisa pretende conhecer explicações, formas de compreensão e de intervenção dos profissionais da área da educação e da saúde em Colômbia, com relação a dificuldades apresentadas no processo de escolarização, a partir das queixas escolares que se fazem presentes em instituições de saúde.
3. *Apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido:* Leitura, esclarecimento e assinatura
4. *Ponto relevante na entrevista:* Pedir aos profissionais que falem sobre as demandas recebidas nos seus serviços providas da escola para o atendimento de crianças entre 6 e 12 anos de idade.
5. *Identificação dos entrevistados:* Nome / Idade / Formação, ano da formação / Tempo de atuação na área de formação / Tempo de serviço na nesta instituição? / Trabalha em um outro lugar / Afinidade entre as instituições nas quais trabalha?
6. *Perguntas de apoio:*
 - Conte-me um pouco sobre seu trabalho aqui.
 - Qual ou quais são as demandas que você recebe com mais frequência no seu serviço e que provêm das escolas? Quais suas características?
 - Em sua experiência, qual ou quais são os principais motivos que geram esse tipo de demandas ou encaminhamentos?
 - Qual é o perfil dos pacientes que atende com dificuldades de aprendizagem ou com problemas de comportamento? (Quem são, de onde provêm, quais as idades, o que elas dizem)
 - Em quê consiste a avaliação que você realiza com as crianças?
 - Como é a sua relação e da instituição com as escolas e colégios antes, durante e depois de solicitar o atendimento. Que outro tipo de relação ou aproximação você e sua equipe têm com as instituições escolares?
 - Você teve alguma situação na qual existiram divergências de opinião entre a escola e a instituição sobre os problemas apresentados pela criança?
 - Tem percebido alguma mudança ao longo do tempo de exercício profissional quanto ao fluxo de pacientes; frequência de encaminhamentos da escola por exemplo? Qual crê é o motivo disso?
 - Como você entende os transtornos de aprendizagem e os problemas de comportamento? Quais as causas deles?
 - Qual é a sua opinião sobre o uso de psicofármacos como tratamento de crianças com problemas de atenção e comportamento?
 - Você acha que existiriam outros caminhos para o atendimento dos pedidos e demandas escolares, diferentes aos encaminhamentos a equipes especializadas de saúde?
 - Você já ouviu falar sobre a medicalização da educação? O que você pensa disso?

APÊNDICE 3 – SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS: QUADROS 1, 2 E 3

QUADRO Nº 1

CATEGORIA DE ANÁLISE Nº. 1

248

MOTIVOS PELOS QUAIS ESCOLARES SÃO ENCAMINHADOS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

PRONT. #	SEXO/ IDADE/ ESCOLARIZAÇÃO	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO /DURAÇÃO DO ATENDIMENTO	DIAGNÓSTICOS
1	F 7 anos. 1º Ano do Ensino Fundamental 1 em escola pública.	De 4.07.2013 a 20.04.2016 Psicóloga refere: Criança problema da turma (3 anos e 9 meses).	(Neuropediatra) *R51x Cefaleia (Psicóloga) *F919 Transtorno Da Conduta, Não Especificado (2 Dx. Específicos, 1 Por Cada Área)
2	M 10 anos. 5º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular.	De 6.05.2015 a 9.03.2016 Rendimento escolar insatisfatório: Queixas da professora por não seguir normas e não colaborar em aula. Dificuldades no comportamento (10 meses). Não encerramento exitoso do processo de psiquiatria.	(Neuroped.; Assistente. Social) *F89x Transtorno Do Desenvolvimento Psicológico, Não Especificado (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado (Psiquiatra 1) *f912 transtorno da conduta sociável (Psiquiatra 2 E Neuropediatra) *R463 Hiperatividade (4 Dx., Sendo Que Um Mesmo Serviço Outorgou Dois Deles)
3	M 7 anos. 3º Ano do Ensino Fundamental 1.	De 28.01.2016 a 7.06.2017 O prontuário não indica fechamento do processo, nem motivos pelos quais a criança não retorna ao serviço (1 ano e 5 meses). Desenvolve problemas escolares ao longo do processo de atendimento.	(Neuropediatra) *R4653 hiperatividade (Mas O Relato Do Profissional Refere TDAH)
4	M 8 anos. 3º Ano do Ensino Fundamental 1 escola particular.	De 22.04.2015 a 6.02.2017 Encaminhado por Psicóloga da Escola porque apreende muito rápido, mas esquece tudo, quer brincar toda hora, dificuldades em permanecer numa atividade. (1 ano e 10 meses).	(Terapeuta Ocupacional E Fisioterapeuta) *f900 perturbação da atividade e da atenção (Fonoaudióloga) *r480 dislexia e alexia (2 Dx.)

5	F 5 anos e seis meses. Pré 1 em escola particular, subsidiada por uma ONG.	De 27.04.2015 a 5.10.2016 Escola reclama do comportamento da criança: incomoda, se levanta do seu lugar, corre, trepa, dificuldade para relaxar, esta continuamente em marcha, interrompe conversas. Tolerar mal as frustrações. (1 ano e 6 meses).	(Neuropediatra, Neuropsicóloga, T. O) *R463 Hiperatividade (Psicóloga) *F900 Perturbação Da Atividade E Da Atenção *F919 Transtorno Da Conduta, Não Especificado
6	M 6 anos.	De 18.01.2016 a 8.05.2017 Problema de comportamento encaminhado por Instituição de Proteção do Estado (1 ano e 4 meses).	(Psiquiatria) *F929 Transtorno Misto Da Conduta E Das Emoções, Não Especificado
7	M 6 anos. 1º Ano Ensino Fundamental 1 em escola particular.	De 30.01.2015 a 15.06.2016 Encaminhado pela escola por problemas de rendimento escolar e problemas de comportamento (1 ano e 5 meses).	(T. Ocupacional) *F901 Transtorno Hipercinético Da Conduta (Psicóloga) *F989 Transtornos Não Especificados, Emocionais E Do Comportamento Que Aparecem Habitualmente Na Infância E Na Adolescência. (Neuropediatra, Psicologia E T. Ocupacional) *R463 Hiperatividade (Fonoaudiologia) *R480 Dislexia E Alexia (Terapeuta Educativa Especial) *F819 Transtorno Do Desenvolvimento E Das Habilidades Escolares Não Especificado
8	F 6 anos. 1º Ano do Ensino Fundamental 1, em escola particular.	De 28.04.2016 a 28.10.2016 "Encaminhamento por parte da escola porque se dispersa de maneira continua" (6 meses)	(Psicóloga) *F819 Transtorno Do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares, Não Especificado * F938 Outros Infância (2 Dx. Pela Mesma Área)

9	F 8 anos. 2º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular.	De 12.05.2016 a 21.07.2017 Vai mal na escola, sai da sala, tem conflitos com os colegas da sala (1 ano e 2 meses).	(Neuropediatra) *R463 Hiperatividade
10	M 10 anos. 5º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular.	De 13.01.2015 a 22.07.2015 Vai mal na escola onde se mostra rebelde, disperso, ansioso sai da sala, não é agressivo, é infantil, joga com bonequinhos. (6 meses)	(Neuropediatra) *r463 hiperatividade (mas o relato do profissional refere TDAH) (Fonoaudiologia) *r480 dislexia y alexia
11	M 6 anos. 1º ano do Ensino Fundamental 1, escola pública (50 crianças na sala). Segunda repetência do 1º ano.	De 19.07.2013 a 5.05.2015 Não aprende. Neuropediatra refere que a criança é experta e que gosta brincar principalmente de mãe. (1 ano e 10 meses)	(Neuropsicologia) *f700 retardo mental leve: deterioro do comportamento nulo ou mínimo (Neuropediatra) *r463 hiperatividade ((mas o relato do profissional refere TDAH) (Assistente Social) *000 paciente sadio (Fono e Psicólogo) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono e T.OI) *f848 outros transtornos generalizados do desenvolvimento *r463 hiperatividade (psicóloga) *f939 transtorno emocional na infância, não especificado
12	F 6 anos. 1º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular.	De 18.11.2015 a 28.04.2017 Encaminhada pela psicóloga da escola. Apresenta dificuldades para controle de suas emoções, pouca tolerância à frustração, se opõe à figura de autoridade e a desafia, condutas agressivas, reage com choro, se altera e não respeita a norma. (1 ano e 5 meses)	(Psicóloga) * f913 Transtorno Opositor Desafiante *f819 Transt. Do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares, Não Especificado *f813 Transtorno Misto Das Habilidades Escolares (T. Ocupacional) *F900 Perturbação Da Atividade E Da Atenção; *f989 Transt. Não Especificados, Emocionais E Do Comportamento *f901 Transtorno Hiperkinético Da Conduta *r463 Hiperatividade

13	M 6 anos.	De 18.03.2014 a 19.05.2017 Colégio reporta problemas de comportamento, faz ruídos com a boca durante as classes, e agride a companheiros e professora (3 anos e 2 meses)	(Neuropediatria): *f900 Perturbação Da Atividade E Da Atenção (Assistente Social) *f989 Transtornos Não Especificados, Emocionais E Do Desenvolvimento (Neuropediatria, Assistente Social): *R463 Hiperatividade; (Fisioterapia) *F810 Transtorno Especifico Da Leitura
14	F 9 anos. 5º Ano Ensino Fundamental 1, escola particular	De 19.05.2014 a 1.03.2017 Bom desempenho escolar com exceção de matemáticas, dispersa, algumas dislalias, muita ansiedade. Problemas de comportamento (3 anos e 1 mês)	(Neuropsi, Psicóloga e Neuropediatria) *f813 transtorno misto das habilidades escolares: (Neuropediatria) *r463 hiperatividade (Psicóloga) *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção (T. Educativa Espec) *f819 transtorno do desenvolvimento e das habilidades escolares não especificado
15	M 8 anos. 4º ano do Ensino Fundamental 1 em escola pública	De 20.09. 2012 a 18.05. 2017 Perde os materiais escolares, fala muito em aula, não v ai passar de ano na escola, lê muito mal, não sabe fazer adição. Dificuldades marcadas em processo de leitura e escrita (4 anos e 8 meses)	(Neuropediatria) * g40 epilepsia (T. Ocupacional) *f813 transtorno misto das habilidades escolares *r463 hiperatividade (T. Educativa Especial) *f81 transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares *f810 transtorno especifico da leitura (Fono) *r480 dislexia y alexia
16	F 9 anos. De 23.01.2014 a 24.05.2017	De 23.01.2014 a 22.04.2015 Baixo rendimento acadêmico. Hostilidade por parte da avó para a realização das lições. Muito tímida, o que	(Neuropsi., T.O; Fono) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono) *r480 dislexia e alexia (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado

		<p>dificulta seu processo de expressão.</p> <p>Problemas emocionais que afetam o desempenho acadêmico (1 ano e 3 meses)</p>	
17	<p>M</p> <p>11 anos.</p>	<p>De 1.10.2014 a 24.05.2017</p> <p>Baixo rendimento escolar e dificuldades para acatar normas. (2 anos e 7 meses)</p>	<p>(Neuropsi; Fono; T.O. e fisio)</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares</p> <p>(Psicóloga)</p> <p>*f989 transt. não especificados, emocionais e do comportamento que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (2 dx.)</p>
18	<p>M</p> <p>11 anos.</p> <p>6º ano do Ensino Fundamental 2</p>	<p>De 20.02.2014 a 29.05.2017</p> <p>Problemas no comportamento em ambiente escolar (3 anos e 3 meses)</p>	<p>(Psicologia)</p> <p>*f949 transtorno do comportamento social na infância</p> <p>*f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência</p> <p>*f919 transtorno da conduta, não especificado (3 dx. diferentes na mesma área)</p>
19	<p>M</p> <p>7 anos</p> <p>1º ano Ensino Fundamental</p>	<p>De 9.07.2013 a 11.07.2016</p> <p>"Encaminhado pela escola por alteração comportamental importante; não segue ordens, sai da sala de aula, é agressivo, trata de beijar as meninas pela força; gosta de brincar com fogo, ateou fogo na roupa da bisavó, seus colegas lhe temem, lê silabicamente, [faz] adições e subtrações, tem valorização das funções cognitivas superiores por Neuropsiologia e são normais"</p> <p>(Neuropediatra)</p> <p>"as falências estão no aspecto emocional[...]" (3 anos)</p>	<p>(Neuropediatra; T. Ocupacional; Psiquiatra)</p> <p>*r463 hiperatividade</p> <p>*f919 transtorno da conduta, não especificado</p> <p>(Fono)</p> <p>*f810 transtorno específico da leitura</p> <p>(Assistente Social)</p> <p>*000 paciente Sadio</p> <p>(T. Ocupacional)</p> <p>*f900 perturbação da atividade e da atenção</p> <p>(Psiquiatria)</p> <p>*f929 transtorno misto da conduta e das emoções não especificado</p>

20	M 7 anos. Não se especificam informações sobre a escolarização da criança.	De 16.01.2014 a 6.02.2014 Estimulação nas habilidades da aprendizagem (1 mês)	(T. Ocupacional) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono) *f808 outros transtornos do desenvolvimento e da fala
21	M 10 anos. 3º ano fundamental 1	De 10.09.2013 a 6.05.2014 Baixo desempenho escolar Repetências de ano escolar (8 meses)	(Neuropediatra) *r463 hiperatividade *f813 transt. misto das habilidades escolares (Neuropsicóloga) *f818 outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares
22	M 6 anos Escolaridade não especificada.	De 16.01.2014 a 15.08.2014 Mãe refere que o menino sempre teve problemas no âmbito escolar: atenção, concentração, comportamento e respostas agressivas ante dificuldades no contexto. (7 meses)	(Psicologia) * f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (Terapeuta Ocupacional) *f901 transtorno hipercinético da conduta (Fono) *f800 transtorno específico da pronúncia (Fisioterapia) *f901 transtorno hipercinético da conduta
23	F 7 anos 1º Ano do Ensino Fundamental 1	De 6.12.2013 a 22.01.2014 Comportamento e desempenho escolar (1 mês)	(Psicologia) * f919 transtorno da conduta, não especificado (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção
24	F 7 anos 2º ano do Ensino Fundamental 1	De 22.11.2012 a 20.08.2014 Problemas de comportamento no ambiente escolar e na instituição de proteção (1 ano e 9 meses)	(Psicóloga) *f910 transtorno da conduta limitado ao contexto familiar *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, com início habitual na infância ou na adolescência. *r463 hiperatividade: (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção *f813 transtorno misto das habilidades escolares

25	M 7 anos 1º ano no Ensino Fundamental 1	De 26.07.2013 a 29.05.2014 Problemas de comportamento: Muito solitário, se relaciona pouco com pessoas fora do seu grupo social. (10 meses)	(Neuropediatria) *r463 hiperatividade (T. Ocupacional) *f813 transtorno misto das habilidades escolares *f900 perturbação da atividade e da atenção (Assistente Social) *000 Paciente Sadio (Fono) *f818 outros transt. do desenvolvimento das habilidades escolares *f801 transtorno da linguagem expressiva (Psiquiatra) *f920 transtorno depressivo da conduta
26	M 7 anos 2º ano no Ensino Fundamental 1	De 11.06.2013 a 26.11.2014 Dificuldade de aprendizagem e de comportamento na escola. (1 ano e 5 meses)	(Psicologia e T. ocupacional e T. Educativa Especial)) *f919 transtorno da conduta, não especificado (Neuropsicóloga, T. Ocupacional, Fisioterapia e T. Educativa Especial) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Assistente Social) *000 paciente Sadio (Fonoaudióloga) *f985 gagueira (espasmofemia) *f800 transtorno específico da pronúncia
27	M 8 anos 2º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular	De 23.01.2014 a 22.04.2015 "[...] Vai bem [na escola] mas há que estar acima ". Estas dificuldades geram alteração de convivência na escola e é por isso que encaminham a terapias." "A Profa. diz que sou muito inquieto." (1 ano e 3 meses)	(Psiquiatra) *f909 transtorno hipercinético, não especificado *f928 outros transtornos mistos da conduta e das emoções (Psicologia e Assistente Social) *f919 transtorno da conduta, não especificado (Psicologia) *f989 transt. não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência *f813 transtorno misto das habilidades escolares (5 dx.)

28	F 7anos 2º ano do Ensino Fundamental 1 em escola particular	De 28.06.2013 a 13.03.2014 Encaminhada pela psicóloga da escola (9 meses)	(Neuropsiologia) *f819 transtorno do desenvolvimento e das habilidades escolares não especificado (T. Ocupacional e Fono) *813 transtorno misto das habilidades escolares (Assistente Social) *000 paciente sadio (Fono) *f809 transtorno do desenvolvimento da fala e da linguagem não especificado (4 dx.)
29	M 4 anos Educação Infantil escola particular com apoio de uma ONG	De 18.06.2013 a 1.10.2014 Professora da Educação Infantil diz que não para quieto e não presta atenção, só quer brincar (1 ano e 4 meses)	(Neuropediatria; T Ocupacional; Psicóloga; Fono) *r463 hiperatividade (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção (Assistente Social) *000 paciente sadio (4 dx. sendo que 1 denota não ter uma patologia)
30	M 9 anos 1º Ano do Ensino Fundamental 1, escola particular	De 2.07.2013 a 30.01.2014 Encaminhado pela escola "Não escreve bem" (6 meses)	(Neuropsiologia) *f818 outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares (Assistente Social) *000 paciente Sadio (T. Ocupacional; Fisio; Fono) *f83x transtornos específicos mistos do desenvolvimento (Fono) *f809 transt. do desenvolvimento da fala e da linguagem não especificado (4 dx. sendo que 1 denota que o paciente não tem uma patologia)

PRONT. #	DIAGNÓSTICOS	INSTRUMENTOS DE Dx UTILIZADOS
1	(Neuropediatra) *r51x cefaleia (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado (2 Dx. Específicos, 1 por cada área)	*Entrevista clínica
2	(Neuroped; Serv. Social) *f89x transtorno do desenvolvimento psicológico, não especificado (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado (Psiquiatra 1) *f912 transtorno da conduta sociável (Psiquiatra 2 e Neuropediatra) *r463 hiperatividade (4 Dx., sendo que um mesmo serviço outorgou dois deles)	*Entrevista clínica por psiquiatria Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação). *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV). *EEG com resultado normal em vigília e sonolência. *Desenho da figura humana, desenho da família.
3	(Neuropediatra) *R4653 Hiperatividade (Mas o relato do profissional refere TDAH)	Entrevista Clínica
4	(Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta) *f900 perturbação da atividade e da atenção (Fonoaudióloga) *r480 dislexia e alexia (2 Dx.)	Entrevista Clínica
5	(Neuropediatra, Neuropsicóloga, T. Ocupacional) *r463 hiperatividade (Psicóloga) *f900 perturbação da atividade e da atenção *f919 transtorno da conduta, não especificado	Entrevista Clínica
6	(Psiquiatra) *f929 transtorno misto da conduta e das emoções, não especificado	*EEG: Resultado não aparece no prontuário. *Avaliação Neuropsiológica: Não aparece resultados no prontuário

7	<p>(T. Ocupacional) *f901 transtorno hipercinético da conduta (Psicóloga) *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento que aparecem habitualmente na infância e na adolescência. (Neuropediatra, Psicologia e T. Ocupacional) *r463 hiperatividade (Fonoaudiologia) *r480 dislexia e alexia (Terapeuta Educativa Especial) *f819 transtorno do desenvolvimento e das habilidades escolares não especificado</p>	<p>*Test de Schilder ou de balanceamento e entrevista clínica (T. Ocupacional) *Entrevista familiar e breve reconstrução da história da criança. *Exploração de aspectos emocionais, relacionados com a dinâmica relacional com figuras parentais.</p>
8	<p>(Psicóloga) *f819 transtorno do desenvolvimento das habilidades escolares, não especificado * f938 outros infância (2 Dx. pela mesma área)</p>	Entrevista Clínica
9	<p>(Neuropediatra) *r463 hiperatividade</p>	Entrevista Clínica
10	<p>(Neuropediatra) *r463 hiperatividade ((mas o relato do profissional refere TDAH) (Fonoaudiologia) *r480 dislexia y alexia</p>	Entrevista Clínica
11	<p>(Neuropsiologia) *f700 Retardo mental leve: deterioro do comportamento nulo ou mínimo (Neuropediatra) *r463 hiperatividade ((mas o relato do profissional refere TDAH) (Assistente Social) *000 Paciente sadio (Fono e Psicóloga) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono e T. Ocupacional) *f848 outros transtornos generalizados do desenvolvimento *r463 hiperatividade (Psicóloga) *f939 transtorno emocional na infância, não especificado</p>	<p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>

12	<p>(Psicóloga)</p> <p>* f913 transtorno opositor desafiante</p> <p>*f819 transt. do desenvolvimento das habilidades escolares, não especificado</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares</p> <p>(T. Ocupacional)</p> <p>*f900 perturbação da atividade e da atenção;</p> <p>*f989 transt. não especificados, emocionais e do comportamento</p> <p>*f901 transtorno hipercinético da conduta</p> <p>*r463 hiperatividade</p>	*Entrevista clínica
13	<p>(Neuropediatra):</p> <p>*f900 perturbação da atividade e da atenção</p> <p>(Assistente Social)</p> <p>*f989 transtornos não especificados, emocionais e do desenvolvimento</p> <p>(Neuropediatra, Assistente Social):</p> <p>*r463 hiperatividade;</p> <p>(Fisioterapia)</p> <p>*f810 transtorno específico da leitura</p>	<p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza:</p> <p>*Entrevista clínica</p> <p>*Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação)</p> <p>*Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
14	<p>(Neuropsicóloga, Psicóloga e Neuropediatra)</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares:</p> <p>(Neuropediatra)</p> <p>*r463 hiperatividade</p> <p>(Psicóloga)</p> <p>*f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência</p> <p>(T. Ocupacional)</p> <p>*f900 perturbação da atividade e da atenção</p> <p>(Terap. Educativa Especial)</p> <p>*f819 transtorno do desenvolvimento e das habilidades escolares não especificado</p>	<p>CAT mostra figuras adultas agressivas, briguentas, que tratam mal os pequenos. "Se considera bonita, forte e talentosa ainda que a mãe a chame de louca."</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza:</p> <p>*Entrevista clínica</p> <p>*Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação)</p> <p>*Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
15	<p>(Neuropediatra)</p> <p>* G40 Epilepsia</p> <p>(T. Ocupacional)</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares</p> <p>*r463 hiperatividade</p> <p>(T. Educativa Especial)</p> <p>*f81 transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares</p> <p>*f810 transtorno específico da leitura</p> <p>(Fono)</p> <p>*r480 dislexia y alexia</p>	*EEG normal

16	<p>(Neropsicóloga, T.O; Fono) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono) *r480 dislexia e alexia (Psicóloga) *f919 transtorno da conduta, não especificado</p>	<p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
17	<p>(Neuropsi; Fono; T. O. e Fisio) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Psicóloga) *f989 transt. não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (2 Dx.)</p>	<p>Avaliação Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV) *Psicóloga utiliza test da família</p>
18	<p>(Psicologia) *f949 transtorno do comportamento social na infância *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência *f919 transtorno da conduta, NÃO especificado (3 Dx. diferentes na mesma área)</p>	<p>*Entrevista em profundidade com pais e criança. *Avaliação emocional da criança</p>
19	<p>(Neuropediatra; T. Ocupacional; Psiquiatra) *r463 hiperatividade *f919 transtorno da conduta, não especificado (Fono) *f810 transtorno específico da leitura (Assistente Social) *000 Paciente Sadio (T. Ocupacional) *F900 perturbação da atividade e da atenção (Psiquiatria) *f929 transtorno misto da conduta e das emoções não especificado</p>	<p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV) *“traz um EEG que normal”.</p>
20	<p>(T. Ocupacional) *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Fono) *f808 outros transtornos do desenvolvimento e da fala</p>	<p>Não são descritos instrumentos ou procedimentos utilizados na avaliação</p>

21	<p>(Neuropediatra) *R463 HIPERATIVIDADE *F813 TRANST. MISTO DAS HABILIDADES ESCOLARES (Neuropsicóloga) *F818 OUTROS TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES ESCOLARES</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
22	<p>(Psicóloga) *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (Terapeuta Ocupacional) *f901 transtorno hipercinético da conduta (Fono) *f800 transtorno específico da pronúncia (Fisioterapia) *f901 transtorno hipercinético da conduta</p>	<p>*Test da família *CAT *Avaliação de habilidades do procedimento e atenção</p>
23	<p>(Psicologia) * f919 transtorno da conduta, não especificado (t. ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção</p>	<p>Entrevista clínica</p>
24	<p>(Psicóloga) *f910 transtorno da conduta limitado ao contexto familiar *f989 transtornos não especificados, emocionais e do comportamento, com início habitual na infância ou na adolescência. *r463 hiperatividade: (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção *f813 transtorno misto das habilidades escolares (Neuropediatria) *R463 HIPERATIVIDADE (T. Ocupacional) *f813 transtorno misto das habilidades escolares *f900 perturbação da atividade e da atenção (Assistente Social) *000 PACIENTE SADIO (Fono) *f818 outros transt. do desenvolvimento das habilidades escolares *f801 transtorno da linguagem expressiva (Psiquiatra) *f920 transtorno depressivo da conduta</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>

25	<p>(Psicologia e T. Ocupacional e T. Educativa Especial))</p> <p>*f919 transtorno da conduta, não especificado</p> <p>(Neuropsicóloga, T. Ocupacional, Fisioterapia e T. Educativa Especial)</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares</p> <p>(Assistente Social)</p> <p>*000 paciente sadio</p> <p>(Fonoaudióloga)</p> <p>*f985 gagueira (espasmofemia)</p> <p>*f800 transtorno específico da pronúncia</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza:</p> <p>*Entrevista clínica</p> <p>*Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação)</p> <p>*Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
26	<p>(Psiquiatria)</p> <p>*F909 transtorno hiperativo, não especificado</p> <p>*f928 outros transtornos mistos da conduta e das emoções</p> <p>(Psicologia e S. Social)</p> <p>*f919 transtorno da conduta, não especificado</p> <p>(Psicologia)</p> <p>*f989 transt. não especificados, emocionais e do comportamento, que aparecem habitualmente na infância e na adolescência</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares (5 Dx.)</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza:</p> <p>*Entrevista clínica</p> <p>*Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação)</p> <p>*Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>
27	<p>(Neuropsicologia)</p> <p>*f819 transtorno do desenvolvimento e das habilidades escolares não especificado</p> <p>(Terapia Ocupacional e Fono)</p> <p>*f813 transtorno misto das habilidades escolares</p> <p>(Assistente Social)</p> <p>*000 paciente sadio</p> <p>(Fono)</p> <p>*f809 transtorno do desenvolvimento da fala e da linguagem não especificado (4 Dx.)</p>	Entrevista Clínica
28	<p>(Neuropediatria; T. Ocupacional; Psicóloga; Fono)</p> <p>*R463 HIPERATIVIDADE</p> <p>(Psicóloga)</p> <p>*f919 transtorno da conduta, não especificado</p> <p>(T. Ocupacional)</p> <p>*f900 perturbação da atividade e da atenção</p> <p>(Assistente Social)</p> <p>*000 paciente sadio</p> <p>(4 Dx. sendo que 1 denota não ter uma patologia)</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza:</p> <p>*Entrevista clínica</p> <p>*Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação)</p> <p>*Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>

29	<p>(Neuropediatria; T. Ocupacional; Psicóloga; Fono) *r463 hiperactividad (Psicóloga) *f919 trastorno da conducta, não especificado (T. Ocupacional) *f900 perturbação da atividade e da atenção (Serviço Social) *000 Paciente sadio (4 dx sendo que 1 denota não ter uma patologia)</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria.</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil breve *Escala de inteligência Weschler para escolares (WISC-IV) * Lista de sintomas de Distúrbio do Déficit de Atenção (Diligenciado pela avó) *Avaliação com desenho</p>
30	<p>(Neuropsiologia) *f818 outros trastornos do desenvolvimento das habilidades escolares (Assistente Social) *000 Paciente Sadio (T. Ocupacional; Fisio; Fono) *f83x trastornos especificos mixtos do desenvolvimento (Fono) *f809 trastorno do desenvolvimento da fala e da linguagem não especificado (4 dx sendo que 1 denota que o paciente não tem uma patologia)</p>	<p>*Entrevista clínica por psiquiatria</p> <p>Avaliação por Neuropsiologia utiliza: *Entrevista clínica *Avaliação Neuropsiológica Infantil ENI (adaptação) *Escala de inteligência Weschler para crianças (WISC-IV)</p>

<p align="center"><u>QUADRO Nº 3</u></p> <p align="center">CATEGORIA DE ANÁLISE Nº 3: NATUREZA DA INTERVENÇÃO</p> <p align="center">CATEGORIA DE ANÁLISE Nº 4: CONCEPÇÕES SUBJACENTES</p>			
PR ON T.	ÊNFASE DAS INFORMAÇÕES REGISTRADAS	PLANO DE INTERVENÇÃO POR ÁREA	RESULTADOS E DESDOBRAMENTOS
1	<ul style="list-style-type: none"> *Cefaleias pulsantes. *É esperta. *Destra. *Insegura. *Com baixa tolerância. *Professora refere que indispõe todo o grupo. *Criança refere que a professora briga muito com ela. *Receptiva. 	<ul style="list-style-type: none"> *Neuropediatra encaminha para Psicologia; T. Ocupacional; Fono. *Psicol. propõe psicoterapia individual para trabalhar autoimagem, competências sociais, habilidades interpessoais, autoconfiança. *Encaminha a Fisioterapia que não deixa registro das atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> *Diálogo com pais, orientações sem especificação sobre os procedimentos. *Sugere-se reunião com a escola. *Psicologia relata melhoras na relação terapêutica. *Prontuário encerra sem esclarecer motivos.
2	<ul style="list-style-type: none"> *Mudança de comportamento há três anos (7 anos) quando se relata abuso sexual. *Encaminhado pelo HUV. Assistente Social destaca: *Avaliação Assistente Social que identifica: Pai usuário de drogas e quadro de demência, irmão com TDAH (explosivo e violento), medicado (Ritalina), mãe cabeça de família, trabalha como costureira, diagnóstica com depressão maior desde a infância e medicada. Família de baixa renda recebe apoios de uma ONG. *Psicóloga e terapeuta ocupacional descrevem a criança como apática. 	<ul style="list-style-type: none"> *Atendimento por psiquiatria. *Psicoterapia individual. *Terapia Ocupacional. *Terapia medicamentosa: Ritalina *Terapia cognitivo comportamental (Economia de fichas) 	<ul style="list-style-type: none"> *Realização de mais Psicoterapia e mais sessões de terapia ocupacional. *Necessidade de realizar Ressonância Magnética que dá resultado normal. *Avaliado por WISC III com CI 78 com média limítrofe. *T. O, Psicoterapias, retorno em 3 meses. *Psiquiatra de Hospital Universitário suspeita que Dx. da criança seja demência ou déficit cognitivo. *Psiquiatra do HUV diagnóstica com TDAH prescrição de Ritalina. *Acordos pouco prováveis de serem cumpridos em função das condições familiares incluindo apoio às necessidades escolares da criança. *Demonstra pouca motivação na intervenção terapêutica [...] apática. *Os indícios de apatia escolar incrementam. *Se intensifica o tratamento medicamentoso com Ritalina. *Psicóloga solicita relatório da escola.

			<p>*Se identifica "cansado com as terapias".</p> <p>*Persistem dificuldades escolares, persiste medicação, a criança se mostra mais "calma", "apática", "monossílabos na sua resposta e pouca produção verbal em geral."</p> <p>*Fono refere que "a criança está muito triste."</p> <p>* Exercícios de atenção e memória em função do relato da mãe que reafirma persistência de problemas escolares e de comportamento na criança.</p>
3	<p>* Bom desempenho escolar</p> <p>*Mãe que na infância teve TDAH.</p> <p>*Gosta muito de TV.</p> <p>*Problemas nas pautas de criação, problemas com limites e normas dentro de casa.</p> <p>*Oposicionista.</p> <p>*Não gosta de fazer repasso em casa, nem de estudar.</p> <p>Quer brincar e assistir TV o dia todo." (fala da mãe)</p>	<p>*Medicado com Metilfenidato 10 mg nas horas da manhã para ir na escola.</p> <p>*</p>	<p>*Perante as poucas mudanças no comportamento da criança se aumenta dosagem de metilfenidato passando de 1 mg para 10mg.</p> <p>*Neuropediatra relata "Logros e avanços na escola, está mais atento e concentrado nas suas atividades acadêmicas ainda que na ausência de Ritalina durante um mês.[...]Em casa continua igual"</p> <p>*Volta a ser medicado porque recaiu no "quadro de hiperatividade." Cópia e cola o mesmo registro da intervenção passada.</p> <p>*Substituição da Ritalina por Atomoxetina na forma comercial de Atento 0,5 mg/kg/dia até 1,2 mg/kg/dia: "Enquanto toma medicação tem bom rendimento, menos queixas, mais atento, menos distraído, mais contido. Sem a medicação o paciente cai, principalmente em casa".</p> <p>*Docentes reiteram melhora do rendimento: "Comportamento adequado, não agressivo, segue ordens e segue instruções. "Deve ser avaliado por psicologia". Psicol. refere que se identificam problemas nas pautas de criação, conduta disruptiva.</p> <p>*"Deve continuar medicado"</p> <p>Aumento da dosagem de 1,2 mg de Atento para 18 mg.</p> <p>*O neurologista sugere psicoterapia individual 2x mês durante 3 meses. Encaminha para o serviço, mas o prontuário é fechado sem que o</p>

			paciente tenha recebido alta. Não são registrados os motivos.
4	<p>*FISIO: Pais separados há três meses, Mãe refere que tem pesadelos, temores noturnos à escuridão. Descrição da fisioterapeuta desqualifica a mãe e o comportamento dela porque a Senhora dançou a noite toda o dia em que seu filho nasceu.</p> <p>*Considera que tem má alinhamento postural e baixo tono muscular.</p> <p>*Criança refere sentir temor quando realiza as lições de casa em companhia do pai, pois o pai briga muito com ele e o coloca a fazer flexões de braços quando erra.</p> <p>*Composição familiar: Família de pai e mãe, duas irmãs de 17 e 11 anos.</p> <p>*Fono refere desorganização postural. Dinâmica familiar que não favorece o processo de autonomia e escolarização da criança.</p> <p>*Discordância entre os dois pais em pautas de criação</p>	<p>*Controle de movimentos.</p> <p>*Exercícios de produção escrita.</p> <p>*Psicoterapia que se utiliza de: Exercícios de fortalecimento a partir de posições intermediárias, trabalho de produção cognitiva a partir da leitura. [...] exercícios de equilíbrio e atenção a partir de quebra-cabeças.</p> <p>Fono. Trabalha: "Favorecer o processo de leitura e escritura através do uso de habilidades auditivo-visuais e espaço-temporais, facilitando a compreensão leitora." Atividades para melhorar a habilidade de representar, operar mentalmente com os sonidos da linguagem, para favorecer os processos de decodificação leitora, assim como exercitar a memória de trabalho. Proposta de trabalho em atividades grupais.</p> <p>Fisio.: Fortalecimento da musculatura axial.</p>	<p>*"Melhora seu desempenho na atividade quando recebe ordem dada com clareza".</p> <p>*São alcançados os objetivos, são dadas recomendações de manejo em casa, continua tratamento.</p> <p>*Boa resposta em atividades grupais.</p> <p>*Se indica trabalho com psicóloga para intervir e fortalecer dinâmica familiar. São evidentes e obstaculizam o processo da criança as divergências nas pautas de criação.</p> <p>*A longo do prontuário Assistente Social e Fono insistem com o pai sobre a importância de iniciar um atendimento psicológico familiar. A criança tem muito medo do pai, que normalmente o acompanha nas sessões de terapia.</p>
5	<p>*Neurologista destaca irmã com problemas de aprendizagem.</p> <p>*Neuropsicóloga: "[...] Não há dificuldades de aprendizagem. Não obstante, são referidas dificuldades de conduta que incidem no seu nível de ajuste contextual na escola[...]. Desenvolvimento emocional: Condutas adaptativas acordes a sua idade cronológica."</p>	<p>*Neuropediatra: Encaminha para T.O e Psicoterapia.</p> <p>*Psicóloga que é Neuropsicóloga na mesma instituição sugere avaliação Neuropsiológica completa.</p> <p>*Se inicia psicoterapia com objetivo de evidenciar e fortalecer trabalho em normas e hábitos ou rotinas, esclarecendo sequência e compreensão de cada instrução dada.</p>	<p>*Psicóloga refere que "é relevante iniciar intervenção com responsável pela criança sobre trabalho em casa e sugestões para a escola. [...] se destaca a relevância de continuar com terapia ocupacional, seguir orientações dadas por psicologia"</p> <p>*São entregues guias para iniciar trabalho de reforço comportamental em casa e guia de trabalho para docente em sala de aula. "Se inclui Prática Positiva que trata de efetuar muitas repetições de uma conduta alternativa desejável que compita com a conduta inapropriada. Ou</p>

	<p>*Psicóloga destaca problemas emocionais na gravidez[...] Pais separados. Contato com pai a cada 15 dias.</p>	<p>seja, praticar de maneira repetitiva a conduta adequada.</p> <p>*Psicóloga e T. Ocupacional referem que a criança consegue regular sua conduta, evidenciando facilidade no seguimento de instruções, na compreensão da mesma [...] se observa melhor manejo do seu espaço de trabalho.</p> <p>*Se continua trabalho em psicoterapia para fortalecer autoconfiança, motivação pela área escolar e processos de atenção.</p> <p>*Neuropediatra informa: "Não déficit motor ou sensitivo."</p> <p>*Aumento de períodos de atenção, conduta ativa, propositiva.</p> <p>* Ano e meio depois do início do processo terapêutico em que se obtêm logros positivos, neurologista entrega "test para TDAH".</p> <p>*O processo é interrompido por vários meses, não se explicam no prontuário os motivos. Quando retoma processo, T. Ocupacional informa que a criança não consegue manter concentração por períodos prolongados. Última sessão com T. Ocupacional se reafirma esta impressão. Prontuário fecha sem que a criança tenha recebido alta.</p>
--	---	--

6	<p>*Psiquiatra: Se encontra desde há 5 meses no programa de proteção do ICBF. Agressividade que segundo funcionária da instituição, não melhora com psicoterapia.</p> <p>Abandonado pela mãe, o pai assumiu seus cuidados desde que contava com um mês de nascido. [...] Pai consumidor de drogas psicoativas. O pai entregou a criança ao programa de proteção porque "o menino não queria estudar e ficava na rua até altas horas da noite [...] Morou na rua. [...]</p> <p>Se relaciona superficialmente, sorri, comenta estar feliz na instituição de proteção" [...] Na instituição de proteção também está uma prima dele."</p>	<p>*Psiquiatra: "[...] decido solicitar EEG e indico Risperidona 0,5 MGR dia"</p>	<p>*Atendimento por T. Ocupacional, mas não aparece registro algum do trabalho realizado por esta área.</p> <p>*Segundo psiquiatra: Retoma contato com a instituição um ano após. Assiste em companhia da Assistente Social. A medicação tinha sido suspensa há quase um ano. Na instituição de proteção reiniciaram a medicação argumentando que se tornou violento novamente: "começou com esses episódios em que grita ameaçando que vai nos matar e que vai se matar".</p> <p>*Participa de aulas de yoga, natação, futebol, e artes na instituição com bom desempenho [...] Só é visitado por parentes próximos, todos consumidores de drogas, dentre eles o pai.</p> <p>*Psiquiatria indica novamente terapia medicamentosa combinada com T. ocupacional. Se programa retorno em 3 meses. (Último registro no prontuário)</p>
7	<p>*T. Ocupacional informa que "esteve em outra escola onde também foi encaminhado para atendimento por dificuldades de atenção e comportamentais. [...] Pais separados há um ano. Filho único deste casamento com a mãe, é filho único do primeiro casamento do pai. [...] Mãe irritável perante situações do menor, que entra em choro fácil, ela refere que tem mudado muito depois da separação. O pai conformou outra família."</p> <p>*Fono: Hiperatividade em linha paterna, aparentemente familiares com desordens mentais, suspeita de hiperatividade na infância do pai (não diagnosticado) com torpeza motora, tia (paterna) com aparente</p>	<p>*T. Ocupacional indica atendimento por psicologia.</p> <p>*Psicologia: "[...] Terapia cognitiva comportamental que lhe permita paulatinamente regular sua inquietação motora".</p> <p>*"Técnica de economia de fichas"</p>	<p>*Psicóloga informa que a criança constantemente se atrasa na escola, a mãe tem que colocar em dia seus cadernos pelo alto volume de lições e conteúdo que precisa ser colocado em dia. "A mãe não tem superado separação com o pai da criança [...] baixa tolerância e inadequado manejo de pautas de criação e em geral dos processos formativos, como nos reajustes da dinâmica mãe e filho após a separação. Se continuará em trabalho com a mãe antes de iniciar atendimento com a criança."</p> <p>*Em sessão com a mãe, psicóloga realiza "breve reconstrução de sua história de vida como mulher e mãe. Mãe pouco tolerante com a criança e projeta nele os conflitos que tem com o ex-marido e pai da criança [...] dependência afetiva com o ex-marido e imagem distorcida da criança como substituto dele".</p> <p>*Em paralelo ao processo com a criança se realiza psicoterapia com</p>

	<p>dislexia. Tio (paterno) com transtorno do sono e ansiedade"[...]</p> <p>Antecedentes escolares: desde o primeiro ano até o presente, têm mudado três vezes de escola porque era inquieto e não copiava. Melhores resultados na escola atual. Gosta de pintar, gosta de música [...]. Confunde o /b/ com /d/, baixa consciência fonológica, baixa discriminação auditiva. Compromisso na leitura e escrita".</p>		<p>a mãe para elaboração de duelo pela separação.</p> <p>*Se trabalha imagem dele como escolar: "se encontra que no âmbito escolar nunca têm falado algo positivo dele"</p> <p>*Três meses depois do início de atendimento: "Se evidencia mudanças na atenção e redução de sua inquietação motora".</p> <p>*Seis meses depois: cansaço da criança na terapia, apatia pela leitura e escrita, "assume atitudes pueris" [...] Na interação com pares se descontrola completamente, faz piadas, interrompe, não segue instruções, é necessário chamar sua atenção e finalmente separá-lo da atividade grupal e cumprir com a tarefa em solitário".</p> <p>*Prontuário encerra sem que o paciente tenha recebido alta. Não se registra finalização do processo."</p>
8	<p>*Psicol: "Separados desde que a ela tinha um ano e meio de idade [...] o pai expressa que não existe um bom relacionamento entre os pais. Não acordos claros em relação às visitas" [...] menina tímida, retraída, mas perante a motivação na atividade dirigida logra atenção e concentração". [...] duvida de suas execuções, sendo relevante trabalhar sobre autoestima.</p> <p>*[...] mãe refere que é muito dependente e demandante.</p> <p>*Fono: "Tem problemas com as letras."</p>	<p>Psicoterapia para estimular autoconfiança, resolução de problemas e processos de atenção e na leitura e escrita</p> <p>*Fono: Iniciar terapia da linguagem direcionada a processos da leitura e da escrita.</p>	<p>*Receptiva e se mostra propositiva. Ainda na área da leitura e escrita custa muito para ela e lhe gera um pouco de ansiedade.</p> <p>*O prontuário fecha seis meses após o primeiro atendimento. Não sabemos o motivo e nem se a criança foi atendida em outra instituição e por um outro serviço.</p>

9	<p>*Neurologista: "Parece que quando a menina nasceu, a mãe já tinha esquizofrenia. Irmã mais velha e tia materna tem cuidado sempre da menina. [...] Perderá o ano. Difícilmente lê de forma silábica. Refere que seus colegas lhe dizem coisas feias, mas ela também responde. [...] realiza adições e subtrações básicas, sua linguagem é aceitável, tem arousal e adrenarquia, mas não pubarca, tanner mamário II"</p>	<p>*Neurologista: "Se solicita determinar seu CI, por Neuropsiologia. [...] Metilfenidato, Ritalina por 10 mgr, 1/2 tbl com o café da manhã, de segunda a sexta, somente durante o período escolar. Se prescrevem 30 compr. 2 Terapias ocupacionais e 3 sessões de Psicologia num período de três meses"</p>	<p>*O Prontuário se encerra sem serem especificados os motivos ou se a criança está fazendo processo terapêutico em outra instituição.</p>
10	<p>*Neurologista destaca: É adotado. (Pai, mãe, os dois com educação superior) irmão mais velho que estuda Direito em Bogotá) [...] treina futebol numa escola. [...], linguagem apropriada. [...] tem habilidades para a música. [...] Apresenta enureses há 5 anos.</p>	<p>Terapia medicamentosa Clonidina e terapia educacional.</p>	<p>Foi atendido em seis oportunidades pelo serviço de neuropediatra da instituição. Sugeriu-se atendimento em psicoterapia. O prontuário fecha seis meses após o primeiro atendimento. Não sabemos o motivo e nem se a criança foi atendida em outra instituição e por outro serviço.</p>
11	<p>*Compreensão da linguagem afetada ou diminuída. Baixo nível de regulação e controle na atividade. CI 16 que equivale a índice composto de 73 (Inferior Limítrofe). *Desenvolvimento abaixo do esperado para sua idade. *Assistente Social observa discordância entre os dois pais em pautas de criação. * T. Ocupacional a descreve como "Colaboradora imotivada nas atividades; requer de marcação constante de normas e limites." *Segunda psicóloga observa: "criança sobre protegida com baixos níveis de exigência. Também refere que negativismo e falta de autoconfiança são</p>	<p>*Avaliação Neuropsicológica indica Terapias Fonoaudiologia, de T. Ocupacional e avaliação por neurologia pediátrica. * T. Ocupacional: Estimulação em habilidades motoras, sensorio perceptuais e cognitivas, buscando melhora no seu desempenho escolar. Coordenação viso-motriz e coordenação motora fina. *Fonoaudióloga: Trabalho no reconhecimento de grafemas e sílabas e códigos de leitura e escrita. Trabalho de conceitos básicos de formas e cores. *Psicóloga: Psicoterapia individual; intervenções em consultório com a família; trabalho em código de leitura escrita.</p>	<p>*Fono refere que a criança consegue realizar com êxito as atividades propostas quando recebe acompanhamento constante e reforço dos logros alcançados. Intervenção sobre conceitos perceptuais e organização temporal. Se intervêm com a mãe dando pautas para fortalecimento e autonomia da criança. *Equipe tem consenso em que há melhora da resposta ante frustrações. * Retrocessos em período de suspensão temporária das sessões (terapêuticas por falta de pagamento do convênio de saúde). Retrocessos=não favorecimento da autonomia. Fono: consegue construir palavras com as sílabas trabalhadas se continua trabalho em código leitor. Solicita início de processo psicoterapêutico para fortalecer processos de consciência</p>

	elementos ocasionadores do fracasso.		<p>fonológica. [...] Será retida novamente no mesmo ano escolar.</p> <p>*Mãe refere terem tirado a criança da escola pelo seu baixo desempenho acadêmico. Tentou-se mudança de escola, mas não foi aceita na outra instituição educativa devido a seu desempenho acadêmico deficiente.</p> <p>*Inicia Terapia física: Intervenção em ajuste postural.</p> <p>*Psicóloga refere que pais, ainda com muita disposição, não tem recebido orientação adequada para ajudar e potencializar o desenvolvimento de sua filha.</p> <p>*Episódios depressivos na mãe que manifesta não saber o que mais fazer com sua filha.</p> <p>* Tem perdido motivação na leitura e escrita. Tem-se feito consciente de que apresenta dificuldades e se envergonha quando é pedido repetir as coisas. Sugere-se modelo educativo personalizado.</p> <p>*Atividade grupal promovida pela área de psicologia na que devia ser corrigido um texto. A criança não conseguiu participar da atividade pois "não consegue nem escrever uma palavra"</p> <p>*O trabalho proposto pela segunda psicóloga se encaminha a fortalecer normas, hábitos e rotinas logrando sequência e compreensão de cada instrução. [...] Se entregam guias para iniciar trabalho em casa e guia para a docente no trabalho na aula.</p>
12	<p>*Divergências entre os pais nas pautas de criação. [...] Pais não têm conseguido se posicionar adequadamente como figuras de autoridade perante a criança.</p> <p>*Terapia familiar ao longo de três anos sem avanços significativos.</p>	<p>*Trabalho de leitura e escrita</p> <p>*Modulação de comportamento por meio de espera de turnos, resolução de conflitos, trabalho grupal</p>	<p>*Desorganização na escrita, letras de diferentes tamanhos, mal manejo do espaço na folha, assume condutas desafiantes perante o adulto, refere repetidamente que "não é capaz de fazer algo."</p> <p>*Importante valoração por psiquiatria infantil: "processo psicoterapêutico está suspenso temporalmente por agressão física à terapeuta durante a sessão do mês de fevereiro." O prontuário se fecha com esta anotação.</p>

13	<p>*Assiste à consulta sem camisa e sem sapatos.</p> <p>*A família atual é composta pelos avós maternos que cuidam do menino desde o mês de novembro. A mãe não aceita assumir a maternidade. Visita-o ocasionalmente. O pai falecido (assassinado no tráfico de drogas)</p> <p>*Família com alto grau de disfuncionalidade.</p> <p>*CAPACIDADE ACADÊMICA QUE SE REFLETE EM LOGROS</p> <p>*Psicol. refere que dificulta-se-lhe aceitar limites, mas quando o exercício é de seu interesse trabalha com dedicação"</p>	<p>*Assistente Social sugere que a criança inicie terapias com T.O., T.L., P.S.</p> <p>*T. Ocupacional realiza trabalho de leitura e escrita</p> <p>*Fono trabalha segmentação silábica e fonológica de palavras.</p> <p>*Fisioterapeuta trabalha alinhamento postural.</p> <p>*Psicologia: Compreensão leitora e produção de texto escrito.</p>	<p>*Processo de avaliação emocional direcionado à criança.</p> <p>*Baixam seus níveis de ansiedade perante as atividades.</p> <p>*Intervenção com a família que tem-se mostrado receptiva ao processo e às orientações.</p> <p>*Avós apresentam preocupação pois toda vez que a criança "se comporta mal na escola" mandam ele embora para casa. Não existem mecanismos de controle no âmbito escolar, nem estimulação para que ele se envolva nas atividades.</p> <p>*Durante o processo terapêutico apresenta episódio em que arranha coleguinha de sala, bate na professora e risca uma mesa de trabalho.</p> <p>*Psicóloga se surpreende dos termos usados pela professora para se referir à criança, mas não os registra no prontuário. Realizados exercícios de fortalecimento da atenção com muito bom desempenho.</p> <p>*Exercícios grupais com bom desempenho.</p> <p>*Intervenções focadas em repetir normas.</p> <p>*Realiza exercícios de compreensão de leitura em espaço terapêutico com bom desempenho.</p> <p>*Exercícios de atenção e concentração com nível de dificuldade no exercício perante o qual demonstra muito boa resposta e tolerância à frustração.</p> <p>*Relação muito conflitante com professora que se expressa muito mal dele. "Sempre eu sou o mau".</p> <p>*Suas produções são ricas em conteúdo, tem alguns erros de escrita; confusão de <i>b</i> e <i>d</i>, dificuldade para uso de sílabas diretas e inversas <i>an</i>, <i>al</i> e <i>na</i>, <i>la</i>...etc.</p> <p>*Tem melhorado notoriamente seus níveis de atenção e a qualidade de execução de seus trabalhos.</p> <p>*Apresenta marcas no corpo de castigo físico.</p> <p>*É ativo, dinâmico e aprende muito rápido.</p>
----	--	--	--

			<p>*Os retrocessos da criança no nível comportamental parecem estar associados ao maltrato que recebe em casa do seu avô que usa linguagem grosseira para se referir a ele. Avó e tio batem na criança.</p> <p>*O prontuário encerra sem que tenha sido registrada alta da criança.</p>
14	<p>* Pais referem mudanças no comportamento da menina a partir do nascimento de sua irmã que hoje têm 4 anos de idade. Eles referem não ter sabido manejar a situação nunca. Não consistência em hábitos e normas em casa.</p> <p>*Pontuação da escala é de 74 CI 81, média baixa. [...] Apresenta baixo nível de regulação e controle das atividades</p>	<p>*Neuropsicóloga indica reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas, razão pela qual se recomenda: Psicoterapia para trabalhar expressão de sentimentos e intervenção com a família.</p> <p>*Fono trabalha em jogos de consciência silábica e consciência fonemática. Terapia Educativa Especial para reforço das áreas escolares de maior dificuldade.</p> <p>*Escola: A nível escolar, propiciar espaços nos quais seja possível: Gerar um ato intelectual; Organizar as tarefas de forma clara e especificar os passo a passo. O professor deve adotar uma atitude de apoio e de compreensão perante os erros da criança. Reforçá-la quando realize bem as tarefas. Exaltar suas habilidades mais destacadas.</p>	<p>* Ao longo do processo se identifica necessidades e aspectos vulneráveis que a criança oculta com uma atitude de hostilidade e rebeldia.</p> <p>*Os pais são envolvidos no processo: "A partir da identificação destes aspectos se dão algumas recomendações sobre a forma de reestabelecer a interação com a criança de acordo a suas necessidades e aspectos vulneráveis que oculta com uma atitude de hostilidade e rebeldia".</p> <p>*Penúltimo registro no prontuário realizado pela psicóloga refere: "atitude diferente, alegre, disposta, sorridente. Trabalhamos valores e família."</p> <p>*O trabalho proposto pela segunda psicóloga se encaminha a fortalecer normas, hábitos e rotinas logrando sequência e compreensão de cada instrução. [...] Se entregam guias para iniciar trabalho em casa e guia para a docente no trabalho na aula.</p> <p>*Prontuário encerra com uma nota da psicóloga atendendo pedido da mãe da criança de trabalhar com a menina: "rancor e egoísmo". Não se especifica que o processo tenha sido finalizado, embora o prontuário é encerrado[...]</p>

15	<p>*Lê muito mal, não sabe fazer operações aritméticas como adição. Repetirá primeiro elementar na escola pública.</p>	<p>*Terapia medicamentosa Ritalina 10 MG X 30 comprimidos e Terapia ocupacional: uma vez por semana por três meses.</p> <p>*Terapia ocupacional refere necessidade de incrementar habilidades de tolerância à espera; controle postural ; habilidades sociais.</p> <p>*Fono: Ouvido fonemático e processos de decodificação leitora. Trabalho de leitura e escrita</p>	<p>*A pesar de ser difícil para ele, demonstra interesse e motivação pelas atividades que envolvem leitura e escrita. A escola reporta que se envolve menos em brigas.</p> <p>*Bom desempenho nas atividades de segmentação silábica.</p> <p>*Competitivo na realização de atividades, mas respeitoso.</p> <p>*Melhoras no rendimento acadêmico.</p>
16	<p>*Capacidade intelectual normal-baja" e Dx.: Trastorno Misto do Desenvolvimento das Habilidades Escolares. [...] Tímida, temerosa, insegura. Não conhece sua data de nascimento, nem a idade de sua mãe. Observa-se que adota posturas inadequadas na mesa. Dificultasse-lhe responder por si mesma e com segurança as perguntas da anamnese.</p>	<p>Neuropsicóloga direciona para as áreas de T. O, Fono, e realiza recomendações para a escola. *Escola: No nível escolar, propiciar espaços nos quais seja possível: Gerar um ato intelectual; Fulaninho (O nome do paciente não é esse)Organizar as tarefas de forma clara e especificar os passo a passo. O professor deve adotar uma atitude de apoio e de compreensão perante os erros da criança. Reforçá-la quando realize bem as tarefas. Exaltar suas habilidades mais destacadas.</p> <p>*Terapia ocupacional: O foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas; Treino em estratégias de regulação e verificação da ação; dispositivos básicos para a aprendizagem mediante atividades lúdicas.</p> <p>*Fono: Discriminação auditiva; análise fonético fonemático; processos complexos de expressão da linguagem.</p> <p>*Fono trabalha fortalecimento da consciência fonológica.</p>	<p>*Fono registra avanços significativos em código leitor e de escrita. Se força trabalho com a família sobre a importância de apoio emocional e reforços positivos para ela naquilo que ela faz.</p> <p>*Psicóloga registra: "cambio de atitude, competências na tolerância à frustração, autoconfiança nas suas execuções.</p> <p>*Terapeuta Ocupacional refere avanços muito significativos no processo, se encerra o processo de atendimento.</p>

17	<p>* Resultado de CI: 80-89 média baixa.</p> <p>*Pratica futebol todos os dias, rói as unhas. [...] O pai foi consumidor de substâncias psicoativas.</p> <p>*Presenciou episódios de maltrato grave entre pai e mãe. Pai morto no tráfico de drogas. Mãe vive em Espanha. Manifesta raiva e tristeza pela ausência da mãe. A criança mora com uma tia materna.</p> <p>*Tem problemas nas relações interpessoais.</p> <p>*Foi vítima de <i>bullying</i> quando cursava 4º ano [...] Tímido, com dificuldades para se enturmar, calado, com deficientes habilidades sociais, baixa autoestima.</p>	<p>* Neuropsicóloga refere que: devem ser feitas uma série de ajustes pedagógicos que favoreçam a interiorização do conhecimento. [...] O foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas, motivo pelo qual se indica realização de T. O. e Psicoterapia.</p> <p>*Fono: Treino fonológico</p> <p>*Psicóloga trabalha expressão de sentimentos e habilidades relacionais.</p> <p>Intervenção esporádica com a família. Fortalecimento pessoal para se desenvolver em contextos sociais.</p> <p>Controle das emoções.</p> <p>*Fisio: Circuito motor de fortalecimento e reações protetivas. Correções posturais. Dissociação e coordenação motora.</p> <p>Trabalho de reforço em processos da atenção.</p> <p>Atividades de velocidade de processamento da linguagem verbal.</p>	<p>*Psicóloga encontra na história familiar ausência de normas.</p> <p>*Requiere acompanhamento constante, mas não desiste da atividade.</p> <p>*Fortalecimento dos processos de leitura.</p> <p>*Se mostra apático na consulta psicológica "o único que o motiva é a possibilidade de viajar a Itália no verão para ver sua mãe. [...]</p> <p>Embora realiza a atividade de pensamento de forma correta."</p> <p>*A pesar de ser tão retraído, tem muita boa capacidade produtiva e criativa.</p> <p>*Psicóloga começa a trabalhar com a criança exercícios de lógica matemática, construção de palavras, associações, observação, etc.</p> <p>*Normalmente entra apático, calado, mas se integra na atividade tendo bom desempenho.</p> <p>*Psicóloga refere que se percebe "mais participativo e seguro, dinâmico e com melhor tolerância à frustração."</p> <p>*As diferentes áreas da instituição realizam oficina que envolve pais e filhos em torno do tema "manejo das normas, ordenes, acompanhamento no processo das crianças para promover confiança".</p> <p>*Fono realiza atividade grupal para favorecer processos de descrição, análise, argumentação, apresenta bom desempenho.</p> <p>*Prontuário fecha sem que seja esclarecido os motivos.</p>
----	--	--	--

18	<p>*Padres separados. Atualmente mora com mãe e avó. Vê o pai a cada quinze dias durante os finais de semana e uma vez no meio da semana.</p> <p>*Tem assumido em casa uma conduta opositora desafiadora [...]. Problemas de comportamento e disciplina perante as figuras de autoridade na escola [...]. Divergência entre os pais perante as pautas de criação.</p>	<p>*Psicoterapia com a criança e os pais.</p>	<p>*Elaboração dos sentimentos de perda perante a separação dos pais e seus novos relacionamentos. Elaboração de sentimento de culpabilidade frente à separação dos pais pelos atos de desobediência dele que geraram brigas fortes entre os pais. Expressão de sentimentos pela mudança de escola e perda de amiguinhos.</p> <p>*Início de terapia de casal para o pai da criança e sua nova companheira.</p> <p>*A criança manifesta se sentir especialmente abandonado pela mãe que, segundo ele, prioriza seu novo relacionamento de casal.</p> <p>*Se identifica maltrato da mãe com a criança. Ele tem se tornado opositor.</p> <p>*A criança começa a morar com o pai.</p> <p>*Se inicia terapia familiar.</p> <p>*A criança se percebe triste. Manifesta que gosta muito da mãe, mas gostaria de voltar a viver com seu pai. O processo é tenente a fortalecer à criança para conversa no espaço terapêutico, sobre seus sentimentos e preocupações que se desdobraram a partir da separação dos pais.</p> <p>*Interrupção do processo por três meses.</p> <p>*Aparecem no discurso da criança dois aspectos importantes: baixa autoestima e falta de motivação e metas perante projeto de vida.</p> <p>*Prontuário encerra sem que a criança tenha recebido alta. Não há observações sobre o encerramento do processo terapêutico.</p>
----	---	---	---

19	<p>*Em 17.09.2013 “vai bem no primeiro ano da escola, ainda que tem dificuldades com a leitura”, “distraído”</p> <p>*“não tem queimado mais objetos”.</p> <p>Falas da mãe:</p> <p>"Comportamento alterado.”</p> <p>“Parece gostar de causar mal. Esta conduta vem se notando de sempre, desde que começou a andar”,</p> <p>“tem olhar raro.” “Trouxe ele porque tem uma clara tendência ao fogo, ateou fogo na roupa da avó”</p> <p>*Estrutura familiar: (“3 filhos de pais diferentes, pai ausente”.</p> <p>*Episódios de violência intrafamiliar por parte dos homens com as mulheres</p> <p>*T. O.: “demonstra hermetismo sobre as condutas que adquire na escola, exterioriza frustrações e mal-estar com raiva [...] irritabilidade e desafio.”</p> <p>*“Presenta habilidades escolares que lhe permitem se manter no curso em que se encontra atualmente.”</p> <p>*É CANHOTO, MAS PROBLEMAS COM DISCIPLINA.</p> <p>*Fono: "Intervenção no fortalecimento da segmentação silábica e consciência fonológica para favorecer os processos de escrita e corrigir as omissões e as uniões inadequadas na produção escrita."</p>	<p>*Neuropediatra:</p> <p>Encaminhamento para: T. ocupacional (8 sessões); Psicologia a c/15 dias x 2 meses); avaliação por psiquiatria.</p> <p>*Risperidona 1 mg, 1/4 de comprimido à noite;</p> <p>Quetidina 150 mgr, e AVP 750 mg,</p> <p>*EEG.</p> <p>* Risperidona; agora também Fluoxetina, que são aumentados a 3.0 c.c. mais" [...][Na internação] iniciaram</p> <p>Quetiapina 125MGR DIA - FLUOXETINA 10 MGR DIA.</p> <p>*Encaminhamento para psicologia em atendimento a cada 15 dias.</p> <p>*Psicoterapia.</p> <p>* Início de Moltoben (antidepressivo) 20 mg/5cc, dar 3 cc às 10h, acompanhamento a cada dois meses com neuropediatria.</p> <p>*26.05.2015 Em tratamento com Olanzapina, 10 m.g. 1 e médio comprimido ao dia, juntas na noite, e lamotrigina de 50 e 100.</p> <p>*A mãe algumas vezes é incluída durante as sessões para explicação dos procedimentos e para recomendações de manejo em casa.</p> <p>*São entregues materiais para trabalhar com a criança em casa junto com orientações sobre como desenvolvê-lo.</p>	<p>*11.09.2013. Nos primeiros meses de atendimento pelas diferentes áreas os profissionais informam sobre "episódios de violência" ou agressividade da criança que leva inclusive, a internações em hospital psiquiátrico. Não é esclarecido o contexto em que tais episódios acontecem: requereu de hospitalização, a mãe explica que foi pela sua agressividade com as irmãs, “estava triste, ameaçava com se matar, escutava vozes”.</p> <p>Sem medicação porque tinha apresentado novamente dor pélvica e retenção de urina.</p> <p>*25.09.2013: Psiquiatra refere: Episódio de ameaça com canivete a uma menina da escola. "argumenta que isso aconteceu porque foi agredido primeiro e que por isso respondeu". Nestas situações, neuropediatria e psiquiatria ajustam as doses de medicamentos:</p> <p>"Aumento da dose de Risperidona; agora também Fluoxetina, que são aumentados a 3.0 c.c. mais" [...]</p> <p>[Na internação] iniciaram Quetiapina 125MGR DIA - FLUOXETINA 10 mgr. DIA.</p> <p>*Depois de quatro meses de intervenção terapêutica nas diferentes áreas os profissionais descrevem mudanças significativas em direção à melhora do comportamento da criança:</p> <p>“incrementa respostas e habilidades sociais, melhora as respostas frente à demanda dos outros (pares na terapêutica)” “MELHORA DE ATÉ 100 POR CENTO EM ASPECTOS ACADÊMICOS, É CANHOTO, MAS PROBLEMAS COM DISCIPLINA."</p> <p>"Mãe comenta que professora na última semana evidenciou câmbios favoráveis no comportamento de Andrés. São reforçadas essas mudanças</p> <p>*9.07.2014: Um ano após fala da mãe: "Não dorme. [...] o único que fazem é lhe aumentar a dose nada mais e as coisas continuam iguais”</p>
----	--	---	---

			<p>*Apresenta icterícia e ventre estufado por causa da medicação.</p> <p>* Em 21.05.2014 "[...] incrementa seu nível de atenção frente a demandas escolares." "Se evidenciam avanços positivos nos tempos de atenção e a motivação frente ao texto escrito, facilitando um melhor desempenho em atividades de escrita.".</p> <p>*Os profissionais têm identificado que as hospitalizações geralmente se desencadeiam quando a criança tem algum confronto com o padrasto. Quase no final do processo terapêutico, profissionais insistem que deve ser realizada uma intervenção com o padrasto e com a família para manter os avanços da criança: chora durante a entrevista, diz "é que não gosto do companheiro da minha mãe [,] é que ele me castiga muito. [...] A mãe afirma que é muito ciumento. Pobre evolução. Lhe indico à mãe continuar com manejo estabelecido e que seja realizada intervenção familiar (com o padrasto)."</p> <p>*11.07.2016 "Depois da última visita em nov. de 2015, foi internado no [hospital] psiquiátrico por 2 meses[.] Mareado, irritável, se tornou agressivo, chorão, e depois disso estável."</p>
20	<p>*Logra se vincular ativamente na terapia incrementando sua resposta nas mesmas.</p>	<p>*Intervenção para promover atenção e regulação da atividade.</p> <p>*Reforço nas habilidades escolares.</p> <p>*Pautas de criação.</p>	<p>Prontuário não traz muitas informações da resposta da criança com o processo terapêutico. Só é registrado a disposição da criança para o trabalho. São realizadas duas intervenções e o prontuário fecha sem que se a criança tenha recebido alta ou seja finalizado o processo de atendimento.</p>

21	<p>*CI 70, apresenta competência intelectual inferior limítrofe em relação a sua idade cronológica e nível de escolaridade. [...] Falências de atenção significativas na linguagem, gnosias e funções executivas. [...]</p> <p>Maneja muito bem computadores e aparelhos eletrônicos. [...] mãe chefe de família, pais separados. Mora com a mãe, colabora na casa, ajuda a mãe.</p> <p>*[...] não sabe ler, não sabe fazer contas, se distrai em classe [...] Não se envolve em brigas, não é grosseiro.</p> <p>* É educado, dislalias ocasionais.</p>	<p>*Encaminhado por neuropediatra para fonoaudiologia e terapia ocupacional.</p> <p>*Psicologia encaminha para treino em habilidades sociais que favoreçam a expressão de emoções e o desenvolvimento de suas habilidades comunicativas.</p> <p>*Fortalecer os diversos aspectos relacionados com auto conceito, independência e habilidades pessoais não relacionadas ao âmbito acadêmico.</p> <p>*Favorecer a nível familiar a compreensão da condição de base de Fulaninho (O nome do paciente não é esse) e a importância da aderência ao tratamento e seus benefícios a mediano e longo prazo.</p>	<p>*Neuropediatra informa que a criança realiza processo terapêutico em outra instituição de saúde e que a criança "tem melhorado com as terapias ocupacionais de fonoaudiologia que realiza duas vezes por semana de cada tipo"</p>
22	<p>*Divergências entre os pais nas pautas de criação.</p> <p>*pais da criança [...] manifestam sua preocupação pelo componente comportamental e emocional do seu filho posterior à separação.</p> <p>*Depois da separação o pai tornou-se agressivo com a mãe. As expressões da criança sugerem manipulação do pai, pois a separação ocorreu de forma conflitante, sendo que os dois estão mal emocionalmente. Quando volta a casa da mãe, depois de um final de semana com o pai, a criança manifesta que ela não o ama e que é má.</p> <p>*Desenvolvimento geral normal, problemas de comportamento sempre, com incremento nas vezes que os pais se tem</p>	<p>Atividades direcionadas na promoção do processo de atenção e regulação da atividade.</p> <p>A psicoterapia inicialmente estava orientada a melhorar com intervenção cognitivo comportamental, o desempenho escolar da criança.</p>	<p>*Depois de 8 sessões que aconteceram ao longo de três meses, a criança parece se sentir cansada e irritada com o processo: "por momentos se torna irritável, de difícil manejo [...] não segue ordens nem respeita as normas, finge não escutar", posteriormente, grita e ameaça com sair do consultório, depois das pautas comportamentais retoma a atividade."</p> <p>*Nas sessões de psicoterapia pais da criança [...] manifestam sua preocupação pelo componente comportamental e emocional de seu filho posterior à separação. A partir da separação dos pais, tem se tornado agressivo com a mãe e de suas expressões se infere manipulação, pois a separação foi no meio de intensos conflitos".</p> <p>*Evidência de situações de violência intrafamiliar.</p> <p>*Foco da psicoterapia muda para abordar com a criança o tema da separação.</p> <p>*Diminuem condutas impulsivas, consegue se autorregular na sessão e seu desempenho é muito bom nas</p>

	separado, assim fosse de forma temporária.		funções cognitivas. *Se atingem os objetivos propostos na intervenção e se dá fechamento do processo terapêutico.
23	Não é destacado um aspecto importante da história de vida da criança.	Psicologia: processo de estimulação nas habilidades da aprendizagem. T. Ocupacional: trabalho de promoção do processo de atenção e regulação na atividade incrementando os tempos de execução, reforçando habilidades de processo e de motricidade fina [...] Se promove liberação escapular [;] se dão pautas para incrementar em casa habilidades de atenção e habilidade manual [...]	* Maior controle de impulsos e regulação na atividade. *O prontuário não informa que a paciente tenha recebido alta.
24	<p>*Mãe substituta refere dificuldades na atenção, estado de ânimo volátil, episódios de raiva intenso e questionamentos sobre seus pais biológicos e situação afetiva atual.</p> <p>Com 3 dias de nascida, a menina foi entregue por sua mãe ao Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar, esteve em instituição de proteção até os 2 anos e meio. Ali também estiveram seus irmãos, mas o contato com eles foi limitado. [...] No lar substituto onde vive, mora com 4 de seus irmãos biológicos de 22, 13, 12 e 11 anos.</p> <p>*Flutuações no estado de ânimo dela e das outras crianças toda vez que a mãe substituta sai para descansar ou vai de férias.</p> <p>*Competitiva, inteligente</p>	<p>*Neuropsiologia indica processo de intervenção com ênfase em técnicas de modificação da conduta como reforço positivo, sobrecorreção, para favorecer condutas familiar e socialmente aceitas.</p> <p>*Psicoterapia individual: Intervenção em leitura e escrita.</p> <p>*Fono: intervenção miofuncional com massagens de estimulação perioral, exercícios para aumentar força e tono de lábios para lograr fechamento.</p> <p>*T. Ocupacional: Incrementar níveis de atenção com jogos de leitura e escrita.</p> <p>Fulaninho (O nome do paciente não é esse)</p>	<p>*A funcionária da instituição denominada "mãe substituta" informa que a criança vem questionando o motivo pelo qual seus pais a abandonaram, porque ela não pode vê-los.</p> <p>*A criança expressa aberta e claramente o seu cansaço com o processo terapêutico: "[...] Em atividade de frases incompletas, apresenta resistência e oposição frontal, não quer realizar atividade nenhuma, briga, se recusa, joga os objetos de trabalho, faz birra e refere que isto "é o pior".</p> <p>*Mudanças afirmativas no comportamento da criança que vêm se registrando a partir da mudança de escola.</p> <p>*Expressões de raiva perante mudança da mãe substituta com quem levava quatro anos na instituição.</p> <p>*Desempenho acadêmico começa a piorar.</p> <p>*Um ano depois do início da psicoterapia individual, muda a terapeuta e ela refere não saber o motivo pelo qual assiste às terapias.</p> <p>* Logros no início do processo; posteriormente, apatia e falta de interesse, se torna</p>

			<p>desafiadora perante as atividades e questiona tudo o que é pedido que faça.</p> <p>Se mostraram alternativas de trabalho e de vinculação como liderança das atividades situação que dá melhores resultados, embora com frequência aparece desmotivação e irritabilidade por estar na terapia.</p> <p>*T. Ocupacional: registrada melhora no comportamento na sessão de terapia e sucesso na culminação da atividade.</p> <p>*Virada no foco de intervenção de psicoterapia a criança consegue ajuste a nível de normas, tolerância à frustração, favorecimento de suas relações sociais e seus processos adaptativos.</p> <p>Sus habilidades cognitivas foram sempre evidentes, as limitações de execução se deram por atitudes que pouco a pouco foram se modificando e autorregulando.</p> <p>*O objetivo terapêutico foi cumprido. Recebe alta do processo em geral.</p>
25	<p>* Psiquiatra: Não refere dificuldades acadêmicas e ocupa os primeiros lugares.</p> <p>*Não agressivo, não conflitante, gosta de estar sozinho, não autoagressão, não delírios. [...] Paciente com mudanças do comportamento principalmente de tipo depressivo, não se observam sintomas afetivos ou psicóticos.</p>	<p>*Psiquiatra: FLUOXETINA JARABE, 5 c.c. às 8h</p> <p>*Neuropsicóloga indica que o foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas, motivo pelo qual se recomenda:</p> <p>* Terapia ocupacional: o foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas.</p>	<p>*Avanços significativos em expressão facial e intenção comunicativa</p> <p>*Persiste baixa intencionalidade, que melhora com gesto indicativo Persiste afeto plano.</p> <p>*Evolui de maneira satisfatória nos objetivos terapêuticos traçados inicialmente. Se evidenciam menos dificuldade nas situações comunicativas. Se apreciam logros importantes no amadurecimento e desempenho do código escrito, levando em conta seu nível escolar.</p> <p>*O prontuário encerra sem que tenha sido registrada alta da criança.</p>

26	<p>*Executa com iniciativa, motivação, logrando estimular processos de atenção, criatividade, sequência, seguimento de instruções. Se destacam habilidades cooperativas com seus colegas durante a sessão.</p>	<p>*Terapia Educativa: Reforço de áreas e temáticas escolares nas quais se detecte maior dificuldade.</p> <p>*Psicologia: Avaliação da esfera psíquica do paciente levando em conta variáveis familiares, de adaptação familiar e escolar que possam estar interferindo no seu desenvolvimento geral e nível de funcionamento regular.</p>	<p>* É relevante ressaltar que [na sessão] tem aumentado sua tolerância à frustração [.] Se observa maior autoconfiança em suas execuções e desenvolvimento de habilidades sociais".</p> <p>Em 23.04.2014 "[a mãe] refere que no espaço terapêutico tem aprendido a manejar as situações e como reagir de maneira assertiva.</p> <p>*Divergências na equipe sobre as atitudes da criança. Psicologia destaca constantemente os avanços da criança enquanto que, Fono e T. Ocupacional referem um comportamento desafiador.</p> <p>* O prontuário encerra sem que tenha sido registrada alta da criança.</p>
27	<p>*Com 2 anos e meio iniciou Educação Infantil sem dificuldades até o dia em que foi trancado num quarto porque fez cocô na roupa. "Virou um chorão e não quis voltar na escola. Só voltou depois, com 5 anos de idade"</p> <p>*Pais separados quando a criança contava com 5 anos de idade. Fala com seu pai pelo telefone, mas tem pouco contato direto. Mora com a mãe e irmã de 4 anos, avó materna e dois tios, um deles com deficiência. Na consulta busca jogos e fala imediatamente dos jogos na internet.</p> <p>*A mãe refere episódios de raiva intensa com a irmã: "Você ferrou minha vida".</p>	<p>*Psiquiatra indica manejo com terapia ocupacional - psicologia</p> <p>*T. Ocupacional: reforço em habilidades motoras, senso-perceptuais e cognitivas buscando melhorar seu desempenho escolar. Foco no trabalho postural e no fortalecimento do tronco superior, coordenação visomotora.</p> <p>*Após dois anos de processo terapêutico onde se percebem maiores dificuldades e desestruturas no comportamento da criança. A psiquiatra indica mais 12 sessões de psicoterapia e mais 12 sessões de terapia ocupacional.</p>	<p>*Sugere-se que a criança inicie um esporte, também se insiste em pautas de criação.</p> <p>*"Manifesta ter ciúmes do namorado da mãe."</p> <p>*Em 23.02.2015: "Continua muito apegado à mãe." "Vou para o trabalho e me liga o tempo todo." "Se irrita a irmã pelo afeto da mãe. Sofreu uma desestabilização recentemente quando foi mudado de sala. Na outra sala tinha amizades significativas. Na sala atual está sofrendo <i>bullying</i>."</p> <p>* Em 7.10.2014: Paciente que finaliza sessões de tratamento com evolução positiva, se mostrando uma melhoria no ajuste e manejo de seu corpo, seguimento de instruções e períodos de atenção, requerendo com menor frequência da regulação externa.</p> <p>* "Estou indo bem nas provas, na maioria delas. Já apresentei as provas SABER. Estou jogando futebol e não tenho tido problemas enquanto agressividade e bem, tenho melhorado"</p> <p>* Penúltima sessão com psiquiatra: "Quero lhe contar que estou indo numa igreja cristiana e agora tenho medo da morte e não quero fazer coisas más. Além, tenho aprendido a manejar melhor tudo. Vejo que minha mãe pode sair e que não</p>

			<p>devo incomodá-la tanto por isso. Já não sinto tanta raiva com a minha irmã"</p> <p>*Na última sessão com psiquiatria a mãe conta que está muito envolvido e concentrado fazendo música com uma consola eletrônica, que vivenciou a morte do avô com tranquilidade, manifestou tristeza e foi o suporte da mãe que estava muito afetada pela perda. Ele refere que foi bem na escola, com exceção de matemáticas. Que sabe que terá que tomar aulas de reforço porque está sendo difícil para ele. Não quis retomar o processo terapêutico na instituição com a psicóloga nem com a terapeuta ocupacional.</p>
28	<p>*Neuropsicóloga: Se encontram dificuldades significativas para codificação e decodificação de símbolos verbais de acordo com o esperado para sua idade cronológica e nível de escolarização. Pontuação da escala é de 80 e CI 85, que corresponde a um nível intelectual "Média Baixa", refletindo que as pontuações obtidas pela pessoa no WISC-IV se encontram no nível baixo do esperado.</p> <p>*T. Ocupacional informa: "Ingressa com a mãe que trabalha como faxineira. Na avaliação apresenta bom agarre do lápis, apresenta dificuldades de atenção, traços adequados na escrita, embora não consegue copiar adequadamente as palavras nem escrevê-las; apresenta falhas de atenção constantes [...] Apresenta marcadas dificuldades com a leitura e a escrita."</p> <p>*Fono: baixa consciência fonológica e baixa motivação frente ao texto escrito, processamento auditivo diminuído.</p>	<p>*Neuropsicóloga direciona para as áreas de T. O, Fono, e realiza recomendações para a escola.</p> <p>*Escola: A nível escolar, propiciar espaços nos quais seja possível: Gerar um ato intelectual; Organizar as tarefas de forma clara e especificar os passo a passo.</p> <p>Fulaninho (O nome do paciente não é esse)</p> <p>*Fono: Realizar exercícios de consciência fonológica e divisão fonética com discriminação visual e auditiva de grafemas, será necessário corrigir diariamente as produções do paciente, destacando as falhas para reeducar com exercícios adequados.</p> <p>*Realizar exercícios que incluam as etapas de análise fonético-fonemático.</p> <p>*Terapia ocupacional: O foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas; Treino em estratégias de</p>	<p>*T.O: Informa que a criança logra maior controle de impulsos e regulação na atividade. Se dão pautas à mãe para reforço do trabalho terapêutico em casa. Incremento de respostas em habilidades sociais[...] Ganhos no incremento da motivação à tarefa, e melhores respostas no nível cognitivo.</p> <p>Participa exitosamente de atividade grupal proposta pela equipe da instituição em que é trabalhado consciência fonemática e fonológica como preparação nas habilidades para o código escrito.</p> <p>*São entregues orientações à mãe para incrementar habilidades de atenção manuais, com as que se espera fortalecer processo de autocontrole de acompanhamento de instruções.</p> <p>*O prontuário encerra com observação da fonoaudióloga destacando avanços da criança no processo e a necessidade de continuar com as terapias. Embora sem receber alta, o prontuário é encerrado sem que se informem os motivos.</p>

	<p>*Ass. Social refere que a criança está em processo de aquisição de autonomia em atividades básicas cotidianas; a mãe manifesta que "INÍCIO DA VIDA ESCOLAR [da criança] NÃO FAVORECEU SUA APRENDIZAGEM [...] A CRIANÇA TEM DIFICULDADES EM ESCREVER NO CADERNO. A MÃE TENTA RESOLVER A SITUAÇÃO ESCRIVENDO EM CASA POR ELA".</p>	<p>regulação e verificação da ação; dispositivos básicos para a aprendizagem mediante atividades lúdicas.</p>	
--	---	---	--

29	<p>Mora com avó materna e irmãos de 17 e 15 anos; a mãe saiu recentemente da prisão e mora em outra casa, o pai também saiu recentemente da prisão, o contato com ele é esporádico. Também mora em casa tio e a esposa deste. [...] Não para quieto, é destruidor [...] é experto, fala muito bem [...], a professora diz que não presta atenção.</p> <p>Neuropsicóloga refere: de acordo com o relato de acompanhante de sintomas de DDA e por observação clínica durante a avaliação, se encontram indicadores significativos para T.</p> <p>D.A.H no paciente que incidem de maneira significativa (negativa) no seu processo de aprendizagem [...].</p> <p>Excitabilidade, impulsividade, inquietação motora constante, se mexe constantemente, suas demandas devem ser satisfeitas imediatamente, realiza ruídos inapropriados, problemas de distração ou no volume da atenção, demanda excessivamente de atenção, não termina as coisas que começa, seus esforços são facilmente frustrados e dificuldades na aprendizagem."</p> <p>*Psicóloga: "dinâmica familiar alterada devido a eventos familiares de importância."</p> <p>*T. O: agressividade contra professores e coleguinhas da sala [...] trabalha quando quer, quando não quer não.</p> <p>*Assis. Social: "Dinâmica familiar que não favorece o comportamento da criança;</p>	<p>O foco do tratamento deve estar orientado à reabilitação ou habilitação de condutas apropriadas.</p> <p>Estabelecimento de hábitos e rotinas. Se devem lograr acordos entre os cuidadores do paciente sobre regras, tarefas, privações, prêmios de forma a criar ambiente consistente e de segurança.</p> <p>T.O.: circuitos motores e atividades cognitivas de reforço para atenção, acompanhamento de instruções, modulação das habilidades sociais e leitura e escrita</p>	<p>*Intervenções com a mãe e avó sobre jogos para fazer com ele em casa, em especial jogos de mesa.</p> <p>*Psicóloga informa que durante as atividades propostas a criança diminui respostas impulsivas. Se reforça positivamente pelo seu comportamento.</p> <p>*Com apoio e orientação externa logra se aproximar ao cumprimento do objetivo da atividade.</p> <p>*Psicóloga sugere trabalho em casa com os pais para modificação da dinâmica familiar e, se dentro de um mês não se registram mudanças, será necessária avaliação por neuropsiquiatria para definir possível medicação temporária.</p> <p>*Avó menciona queixas do colégio por eventos agressivos. Se insiste em possibilidade de avaliação por psiquiatria ou neuropsiquiatria.</p> <p>*Nos registros efetuados pela T. O. ao longo do prontuário, se descrevem progressos no comportamento da criança e um bom desempenho na atividade, não acontece o mesmo nas atividades desenvolvidas por Psicologia.</p> <p>*Diminuem as queixas da escola e aprova o ano escolar.</p> <p>*Perante persistência ocasional para seguir instruções, se encaminha a Fono onde se solicita Cavum Faringeo.</p> <p>*Psicóloga refere que ainda que com algumas melhoras, a dinâmica familiar dificulta o processo da criança. Devido ao pouco impacto das terapias ela continua a insistir na avaliação por neuropsiquiatria ou psiquiatria para definir terapia medicamentosa.</p> <p>*A mãe tem ganhado estratégias de manejo e autoridade, mas continua a morar em outro lugar. As rotinas da criança funcionam enquanto ela está presente. Em casa continuam a existir gritos e fatores impulsivos e de resposta agressiva que podem influir no comportamento do menino.</p> <p>*Resultados de Vacuum faríngeo</p>
----	---	--	---

	<p>todos gritam com ela com exceção do irmão mais velho; não há consenso no tipo de normas que a criança deve seguir, não rotinas</p>		<p>que mostra 60% de tecidos brandos em nariz que fazem com que respire pela boca. Encaminhado para otorrino.</p> <p>*Flutuações no comportamento disciplinar da criança na escola. Na terapia demonstra avanços significativos, quando retorna na semana seguinte, os acompanhantes referem dificuldades na escola. A psicóloga insiste constantemente na medicação. O restante da equipe não concorda nisto, mas solicitam avaliação por neuropediatria. Este último especialista reforça a necessidade de continuar com terapias, ajustes que devem ser na escola e na dinâmica familiar. Não concorda em medicar.</p> <p>* Posteriormente se registra mudança de psicóloga dentro da mesma instituição. Esta realiza atividade grupal com famílias e crianças. Nela se evidencia que a família do menino o anula no desenvolvimento das lições e com isto limitando sua autonomia. São dadas instruções que permitem ajustar o desempenho da mãe e da criança como equipe. Em</p> <p>penúltima nota antes de encerramento do prontuário a psicóloga destaca aspectos muito positivos do menino: "ainda que às vezes se distrai um pouco, consegue voltar à atividade rapidamente, logra atenção, concentração, escuta, é propositivo, mostra habilidades cooperativas com seus colegas, atinge os objetivos propostos o que se reforça de maneira positiva." O prontuário encerra sem que tenha sido registrada alta da criança.</p>
--	---	--	--

30	<p>*Neuropsicóloga: nível intelectual “Inferior Limítrofe”, que reflete que as pontuações obtidas pela pessoa no WISC-IV se encontram por baixo do nível esperado. [...] Diminuição nos níveis de integração sensorial.</p> <p>*Assis. Social: A mãe tem expectativa de que o processo terapêutico ajude seu filho a amadurecer, falar e ter melhor movimento. [...] Dificuldades na coordenação motora grossa e fina.</p> <p>*T. O: imaturidade postural, baixas respostas de atenção, imaturidade comunicativa; não estabelece contato visual e segue instruções com dificuldade[...]. Requer terapias de T. O; Fono e fisioterapia.</p>	<p>* Fisio: Trabalho de reabilitação em coordenação, equilíbrio e apoios unipodais, manejo de peso sobre base de sustentação e comandos verbais</p> <p>*T.O; estimulação nas habilidades da aprendizagem, trabalho em promover processo de atenção e regulação da atividade com o intuito de incrementar os tempos de execução, reforçando habilidades de processo e de motricidade fina, fortalecimento de processos de autocontrole e atenção de instruções.</p> <p>Fulaninho (O nome do paciente não é esse)</p>	<p>*Nos 5 primeiros meses do atendimento, os diagnósticos não deixam de aparecer e mudar, mas não há registro do processo que está sendo levando com a criança.</p> <p>*Depois desse período a Fisio registra que justifica a necessidade de dar continuidade ao processo de reabilitação da criança onde ela tem mostrado um ótimo desempenho e avanços significativos.</p> <p>*Tem logrado fortalecimento muscular, processos atenção e coordenação de movimentos.</p> <p>* O prontuário encerra sem que tenha sido registrada alta da criança do processo terapêutico.</p>
----	---	--	---

ANEXOS

ANEXO 1 – PRONTUARIO DE ATENDIMIENTO

Pág: 1

FECHA: 24.MAY.2017

NIT: [REDACTED]

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION: [REDACTED]

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE: [REDACTED]

Causa Externa : Todas

Médico : Todos

SUCURSAL O SAB: 00001 [REDACTED]

Número de Habilitación: [REDACTED]

CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 28.06.2013

Hora: 14:47:59

Edad 7 Años

Plantilla EVA_NEUF Prueba Neuropsicológica

Dx: F81

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS

Tipo Confirmado Nuevo

Usuario PS003 [REDACTED]

R.M: [REDACTED]

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
MOTIVO DE CONSULTA	Paciente que asiste a consulta al servicio de Neuropsicología para valoración de Funciones Cerebrales Superiores.
PRUEBAS APLICADAS	? Entrevista clínica ? Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (adaptación) ? Escala de Inteligencia Weschler para niños (WISC-IV)

-Cali- Colombia

NIT: [REDACTED]

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE: [REDACTED]

La paciente llega en estado de alerta, consciente en persona lugar y situación. Posterior a la entrevista con la acudiente, se inició el proceso de evaluación, frente al cual se mostró colaboradora, motivada y dispuesta, no se aprecia apatía ni resistencia hacia el proceso de valoración.

A. Atención: A la valoración se observa que la paciente logra autocontrol de la atención, ya que logra superponer la atención voluntaria sobre la involuntaria, no se aprecian signos de distractibilidad altamente significativos, sin embargo, sus niveles atencionales tienden a decrecer en un ambiente rico en estímulos, lo anterior, mejora con gesto indicativo y con el lenguaje del adulto. Aunque la paciente logra focalizar y seleccionar estímulos específicos, se detectan discretas fallas en actividades de atención voluntaria y debilidad funcional en los mecanismos de regulación y control, por tal razón resulta necesario repetir las instrucciones y las consignas de las actividades a realizar y en algunas oportunidades brindar modelamiento. En esta misma línea, el volumen atencional y control mental se encuentran moderadamente disminuidos generando dificultad y variabilidad en la realización de acciones de tipo productivo que requieren del seguimiento y establecimiento de los objetivos complejos. Finalmente, se encuentra disminución en la habilidad para realizar tareas de doble estimulación, tal como se aprecia en su desempeño en el subtest de claves del WISC-IV. Aunque [REDACTED], logra realizar las actividades propuestas no logra culminarlas en tiempo funcional, lo cual se correlaciona con su índice de velocidad de procesamiento (VP) estimada por el WISC-IV que se encuentra por debajo del promedio esperado para su edad.

B. Memoria: Se encuentra amplitud general de conocimientos y capacidad para evocar acontecimientos de la vida cotidiana dentro de lo esperado para su edad cronológica y nivel de escolarización. Se observan indicadores de efectividad de la memoria audio-verbal y visual. Su índice de Memoria de Trabajo (MT) en el WISC-IV la ubica dentro del promedio esperado, en su desempeño se aprecia adecuada repetición de palabras y números en opción de reproducción inmediata, sin interferencia. Estabilidad de huellas mnésicas para reconocimiento de información presentada previamente. La paciente es capaz recordar de forma constante palabras de una lista una vez se le termina de expresar, su nivel de aprendizaje presenta curva de memoria ascendente con tendencia a la productividad dentro del rango de normalidad esperado para el aprendizaje verbal. Memoria visual a corto y largo igualmente dentro de los límites de normalidad, [REDACTED] logra reproducir dentro de lo esperado para su edad una lista de figuras presentadas en formato visual y logra recuperar dicha información posteriormente sin dificultad significativa.

C. Lenguaje: Su lenguaje oral espontáneo se encuentra conservado, en cuadro fonológico se encuentra discreta omisión de fonema que no resulta altamente significativo, ya que mejora con regulación externa y en condiciones de modelamiento. Componente morfo-sintáctico conservado, adecuado uso de verbos, artículos, sustantivos y preposiciones. Su capacidad de nominación y designación se encuentra conservada en la medida que logra identificar una serie de estímulos presentados en formato visual y tridimensional, sin la presencia de parafasias fonológicas ni semánticas. Adecuada repetición de letras, sílabas, palabras, no palabras, frases simples y frases complejas. La paciente logra ejecutar diversas posiciones con los músculos fonoarticulatorios (punto y modo de articulación sin dificultad altamente significativa). El nivel comprensivo del lenguaje se encuentra conservado en los diferentes niveles de complejidad, sin embargo, se encuentran discretas fallas en sus ejecuciones que mejoran con señalamientos, lo cual, puede asociarse a dificultades en la actividad voluntaria y debilidad en desarrollo funcional de regulación y control de la actividad.

D. Lectura y escritura: Se encuentran dificultades significativas para la codificación y decodificación de símbolos verbales de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica y nivel de escolarización. A la fecha los hábitos escolares de lectura y escritura no se encuentran consolidados, se encuentra bajo nivel de conocimientos lingüísticos a nivel fonológico (correspondencia de grafema-fonema, unión de grafemas según la combinación), afectando su nivel de desempeño general en las diversas acciones escolares. Lo anterior, se encuentra altamente relacionado con la debilidad funcional que presenta [REDACTED] para la percepción necesaria para la producción adecuada de los rasgos esenciales y su ubicación y las relaciones espaciales (símbolos verbales) Esta formación insuficiente de los factores mencionados, se refleja en la falta de organización y control de la

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

actividad propia y en las dificultades para la asimilación y consolidación de habilidades escolares como la lectura, la escritura y el cálculo.

E. Práxias: Se encuentra un desarrollo motriz fino acorde para su edad, la paciente logra realizar adecuadamente copia de figuras geométricas simples y semicomplejas, con adecuada calidad de trazo, pinza trípode funcional y preferencia manual diestra. Praxias orolingüofaciales e ideomotoras preservadas. Aunque la paciente no presenta dificultades para pasar de un eslabón motor a otro, en sus acciones gráficas se encuentra bajo nivel de desempeño, secundario a desarrollo bajo de praxias visoconstructivas.

F. Gnósias: La paciente reconoce adecuadamente formas, tamaños, colores y figuras superpuestas. Logra discriminar sonidos del tanto del lenguaje como naturales. Sin embargo, presenta bajo nivel de interiorización del esquema corporal y de marcadores espaciales (izquierda-derecha), en espacio extra personal y se encuentran indicadores positivos de debilidad funcional en el análisis perceptivo-global, involucrado en la percepción de patrones y la discriminación de los aspectos métricos y las proporciones de los objetos, lo anterior, genera dificultad en el reconocimiento de los patrones convencionales y la automatización de las diversas acciones escolares (lectura-escritura y cálculo), lo cual se observa en acciones de nivel gráfico, procesos de codificación y decodificación de símbolos verbales (lectura y escritura de números y letras).

G. Funciones ejecutivas y Pensamiento: Se encuentran indicadores de bajo nivel de control y regulación de la actividad; sobre todo aquellas que tiene un componente perceptivo visual y requieren del adecuado nivel de análisis y síntesis de la información presentada (manipulación de símbolos verbales), la paciente requiere de señalamientos eventuales para mantenerse en las diversas actividades propuestas o para conseguir el objetivo de las mismas. Secundario se encuentran bajos niveles de planificación y ejecución de estrategias, la paciente realiza con dificultad actividades que implican control mental como actividades de razonamiento numérico y aquellas que impliquen serialidad, secuenciación y emisión de series automatizadas. Se encuentra disminución leve en conductas de automonitoreo y autorregulación de acuerdo a la esperado para su edad cronológica.

H. Cociente Intelectual: En las subpruebas de Comprensión Verbal (CV) obtiene un puntaje de 29 que equivale a un índice compuesto de 98 (Promedio). En las subpruebas Razonamiento Perceptual (RP) el puntaje es de 21 y a un índice compuesto de 82 (Promedio Bajo), en las subpruebas Memoria de Trabajo (MT) obtiene un puntaje de 17 que equivale a un índice compuesto de 91 (Promedio), en las subpruebas Velocidad de Procesamiento (VP) el puntaje es de 13 y a un índice compuesto de 80 (Promedio Bajo). El puntaje total de la escala es de 80 y el CI 85, el cual corresponde a un nivel intelectual "Promedio Bajo", lo cual refleja que las puntuaciones obtenidas por la persona en el WISC-IV se encuentran en el nivel bajo de lo esperado.

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

NOMBRE:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

CONCLUSIONES

A la valoración se observa paciente con Capacidad Intelectual Normal Baja. Su funcionamiento general se encuentra en dentro de lo esperado para el promedio de funcionamiento cognitivo para su edad cronológica y nivel de escolaridad. Sin embargo, en el nivel del aprendizaje pedagógico se encuentran dificultades que evolucionan de leves a moderadas respecto a sus habilidades escolares que afectan su nivel de desempeño ocupacional a nivel escolar y que puede configurar un cuadro de Trastorno Mixto de las Habilidades Escolares (F813).

Se encuentra debilidad funcional en el factor de regulación y control de la actividad e insuficiente desarrollo los factores neuropsicológicos perceptivo-analítico y perceptivo global, implicando dificultades en las acciones escolares verbales, escritas y las acciones gráficas. La debilidad funcional encontrada en la paciente, incide negativamente en su proceso de aprendizaje general y desempeño ocupacional ya que Saray presenta bajo nivel de regulación y control de las actividades, disminución en la velocidad para el procesamiento de la información y variabilidad en el desempeño de acciones que demanden del análisis y síntesis espacial, lo cual, es requisito básico para en el adecuado aprestamiento y automatización del proceso de lecto-escritura y cálculo. Resulta prioritario favorecer los factores que se encuentran debilitados y de esta manera poder continuar con su proceso de escolarización regular de lo contrario la paciente difícilmente alcanzará los logros académicos (afectando su desempeño en todas aquellas actividades escolares que eliciten este tipo de demanda cognitiva).

Los hallazgos positivos de la valoración sugieren:

? Disminución en la velocidad de Procesamiento. Se encuentra debilidad funcional en la capacidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz, sobre todo aquellas que requieren del adecuado razonamiento perceptivo, el procesamiento espacial y de la integración visomotora, secundario se presentan dificultades en el razonamiento fluido que se manifiesta en tareas que requieren manejar conceptos abstractos, reglas, generalizaciones, relaciones lógicas, en especial sobre material nuevo. Lo anterior, se correlaciona con la variabilidad que presenta en la realización de las actividades. Este tipo de habilidades son pre requisito indispensable para el adecuado aprestamiento del proceso lecto-escritor. Secundario se puede presentar bajo nivel de estabilidad de la huellas mnésicas (reducción del volumen de percepción) en la modalidad audio-verbal y visual, en condiciones de interferencia homo y heterogéneas.

? Bajo niveles de integración sensorial que generan dificultades en la realización de las acciones de tipo productivo que requieren del seguimiento y establecimiento de los objetivos complejos y conservación de las acciones reproductivas y repetitivas, sobre todo aquellas que requieren del adecuado razonamiento perceptivo, el procesamiento espacial y de la integración visomotora, secundario se presentan dificultades leves en el razonamiento fluido que se manifiesta en tareas que requieren manejar conceptos abstractos, reglas, generalizaciones, relaciones lógicas, en especial sobre material nuevo.

? Bajo nivel de desarrollo del análisis perceptivo específico y global necesario para la producción adecuada de los rasgos esenciales y para la diferenciación de la forma general de los objetos, sus aspectos métricos y sus proporciones tanto en el nivel gráfico como escrito. Secundario, se encuentra bajo nivel de realización de las actividades escolares que requieren de la adecuada discriminación de los símbolos verbales.

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

RECOMENDACIONES Y REMISIONES

El foco del tratamiento debe estar orientado a la rehabilitación o habilitación de conductas apropiadas, razón por la cual se recomienda:

? Realizar la adaptación de gafas con el fin de garantizar el adecuado registro de la información presentada en formato perceptivo-visual.

? Terapia ocupacional: El foco del tratamiento debe estar orientado a la rehabilitación o habilitación de conductas apropiadas, razón por la cual se recomienda diseñar programa de corrección individual, en el cual se favorezca:

o Entrenamiento en estrategias de regulación y verificación de la acción en el cual se garantice el mantenimiento del objetivo, la corrección de errores y la disminución en los tiempos de respuesta.

o Fortalecer todos los procesos implicados en las funciones perceptuales simples y complejas, seguimiento ocular, percepción de patrones, relaciones espaciales, organización de las configuraciones, mejorar coordinación visoespacial, visomotriz, coordinación dinámica global y ampliación de campo visual.

o Estimular la retención viso espacial, con el fin de garantizar la imagen global y las características espaciales de las grafías de los elementos involucrados en la situación, como también su respectiva estabilidad perceptiva.

o Refuerzo en la utilización de procedimientos aritméticos en la cual se involucren actividades que demanden en la paciente: atención visual, organización espacial de las cantidades, habilidades grafo motoras al escribir cantidades, manejo de símbolos matemáticos, procedimientos aritméticos de tipo procedural, organización verbal de números y procedimientos aritméticos.

? Terapia del lenguaje: Incrementar los tiempos de presentación de los estímulos auditivos con el fin de favorecer el procesamiento auditivo, realizando los ajustes necesarios, de acuerdo al desempeño y evolución del paciente.

o Realizar ejercicios de conciencia fonológica y desglose fonético con discriminación visual y auditiva de grafemas, se necesitará corregir diariamente las producciones del paciente, destacando las fallas para reeducar con la ejercitación adecuada.

o Realizar ejercicios que incluyan las etapas de análisis fonético-fonemático materializado, la construcción del esquema de sonidos de la palabra en el plano externo y la formación del hábito de diferenciación de las oposiciones auditivas del idioma español (vocal – consonante, acentuado – no acentuado, blando – duro, largo – corto). Se deben incluir las acciones inicialmente en el plano material y se conducen hasta el plano del lenguaje escrito.

o Utilizar situaciones de resolución de problemas para favorecer el análisis de la información y la organización de la misma.

? A nivel escolar: Propiciar espacios en los cuales sea posible: Generar un acto intelectual, orientar de las condiciones en las que transcurre el acto intelectual, elaborar un plan heurístico general y verificar el logro del acto intelectual (ej: situación de solución de problemas y análisis de tareas).

o Reducir los estímulos distractores.

o Hacerle preguntas sobre la tarea que está realizando.

o Organizar las tareas de forma clara y especificar los pasos.

o El profesor debe adoptar una actitud de apoyo y de comprensión ante sus errores.

o Corregirle en tono neutral, describiendo como lo tiene que hacer.

o Elogiarlo cuando realice bien las tareas. Resaltar sus habilidades sobresalientes.

o Incrementar el número de ejemplos.

o Enseñarle a utilizar agendas de planificación

o Incrementar la estructuración de las tareas académicas (especificando los objetivos finales y los pasos para conseguirlos)

? Valoración Neuropsicológica control en un (1) año después de haber iniciado el tratamiento interdisciplinario para estudiar posibles cambios en su funcionamiento cognoscitivo.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ORDENES MÉDICAS

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218
 IDENTIFICACION: TIPO: TI SEXO: M EDAD: 11 Años
 NOMBRE:

Fecha: 28.06.2013 Usuario: Nro. Orden: 0000101100002125 Prefijo
 Servicio Descripción Cantidad 011 PRUEBAS ESPECIALES NEUROPSICOLOGIA
 890216 PRUEBA DE NEUROPSICOLOGIA SIN 1

SUCURSAL O SAB: 00001 Número de Habilitación:
 CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 17.07.2013 Hora: 13:53:04 Edad 7 Años
 Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias
 Dx: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES Tipo Confirmado Repetido
 Usuario TO001 R.M:
 Causa Externa: OTRA

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Evolución de sesión

se recibe menor en buenas condiciones, se ingresa con la mama
 la mama trabaja en oficios varios en una casa
 a la valoración: hace buen agarre del lápiz presenta dificultades atencionales, trazos adecuados en
 la escritura, sin embargo no logra copiar adecuadamente las palabras ni escribirlas, presenta fallas
 atencionales constante, y la valoración neuropsicológica arroja promedio bajo cognitivo.
 presenta marcadas dificultades con lectura y escritura.
 se ordena, iniciar to y se da orden por 10 sesiones.

PROFESIONAL:

NOMBRE:
 IDENTIFICACIÓN:
 R.M:
 TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

SUCURSAL O SAB: 00001 Número de Habilitación:
 CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 17.07.2013 Hora: 15:16:24 Edad 7 Años
 Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias
 Dx: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES Tipo Confirmado Repetido
 Usuario TL005 R.M:
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

Evolución de sesión

ingresa por primera vez, acompañada por su madre, remitida desde neuropsicología (Capacidad Intelectual Baja)

Se refieren dificultades escolares.

estudia en Santa Isabel de Hungria, cursa grado 2, reside en barrio Alto Aguacatal.

No refiere antecedentes significativos, sólo hermano de 17 años con Corea de Sydenham.

Hitos del desarrollo dentro de los parametros normales.

HALLAZGOS DE VALORACION

Se aprecia un lenguaje oral conservado, discurso inteligible, cuadro fonologico completo, adecuada estructuración morfosintáctica, se le ve muy tímida, con muy baja intensidad vocal, pero adecuado contacto visual.

Presenta baja conciencia fonologica y baja motivación frente al texto escrito, disminuido procesamiento auditivo.

La madre refiere que en prueba de agudeza visual, le recetaron lentes, pero aun no se los adaptan. Por tanto, su desempeño en procesos de lectura y escritura con respecto a su edad y año lectivo son muy bajos.

*Solicito 10 SESIONES DE TERAPIA DE LENGUAJE.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ORDENES MÉDICAS

Fecha: 17.07.2013 Usuario:

Nro. Orden: 0000100600003793

Prefijo

Servicio Descripción

Cantidad

006 CONSULTAS TERAPIA OCUPACIONAL

890213 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TE 1

Fecha: 17.07.2013 Usuario:

Nro. Orden: 0000100700003098

Prefijo

Servicio Descripción

Cantidad

007 CONSULTAS TERAPIA DEL LENGUAJE

890210 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TE 1

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habilitación: (

CIUDAD: 76001 - Cali

Fecha: 25.07.2013 Hora: 15:08:26

Edad 7 Años

Plantilla TRAB_SOC Trabajo Social

Dx: 000 PACIENTE SANO

Usuario TS003

R.M:

Tipo Impresión Diagnóstica

Causa Externa: OTRA

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
COLEGIO	
GRADO	SEGUNDO
REMITIDO POR	

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

ANTECEDENTES SOCIOFAMILIARES

PACIENTE PRESENTA TIPOLOGÍA FAMILIAR MONOPARENTAL POR LINEA MATERNA, CONFORMADA POR [REDACTED] DE 40 AÑOS. VIVEN EN EL BARRIO ALTO AGUACATAL HACE 17 AÑOS, EL INGRESO DEL HOGAR LO REALIZA LA MADRE DESEMPEÑÁNDOSE COMO EMPLEADA DOMESTICA. LA MADRINA FAVORECE LA ASISTENCIA DE LA NIÑA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑA.

EL PADRE DE LA NIÑA, [REDACTED] DE 44 AÑOS, NO ESTABLECE VINCULO AFECTIVO CON SARAY Y NO EJERCE PATERNIDAD RESPONSABLE.

SE ENCUENTRA EN PROCESO DE INTERIOZACION DE ABC CON TOMA DE TIEMPO. NO SE SUPERVISA.

EN LA PARTE ACADEMICA, LA MADRE REFIERE SE PRESENTA DIFICULTADES PARA "COPIAR" EN EL CUADERÑO. EN CASA LA MADRE RESUELVE LA SITUACION PROMOVRIENDO TRANSICIÓN, ADUCE QUE EL INICIO DE SU VIDA ESCOLAR NO FAVORECIO EL APRENDIZAJE.

MOTIVO DE CONSULTA

DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE

INTERCONSULTA CON

NEUROPS, TO, TL

SEGUIMIENTO TRABAJO SOCIAL

SE INFORMA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCION EN EL PROGRAMA. SE INFORMA SOBRE ACTIVIDADES DE INTEGRACION GRUPAL PARA PACIENTES Y PADRES. SE ORIENTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE FORTALECER PROCESO DE COMUNICACION EN CASA. TARIFA VERDE

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ORDENES MÉDICAS

Fecha: 25.07.2013 Usuario: [REDACTED] Nro. Orden: 0000100600003908 Prefijo
 Servicio Descripción Cantidad 006 CONSULTAS TERAPIA OCUPACIONAL
 890313 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU 1

Fecha: 25.07.2013 Usuario: [REDACTED] Nro. Orden: 0000100700003187 Prefijo
 Servicio Descripción Cantidad 007 CONSULTAS TERAPIA DEL LENGUAJE
 890310 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU 1

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habitación:

CIUDAD: 76001 - Cali

Fecha: 8.08.2013 Hora: 7:25:43

Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: 813

TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

Tipo Confirmado Repetido

Usuario TO001

R.M:

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Evolución de sesión

Se recibe menor para trabajo individual, se plantea circuito planeatorio con el fin de fortalecer espera de turnos, disminución de la ansiedad y la hiperquinesia, se vincula posteriormente a trabajo en grupo reforzando proceso de escucha y de espera, se logra mayor control de impulsos y regulación en la actividad, se explica trabajo al acudiente en casa.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habitación:

CIUDAD: 76001 - Cali

Fecha: 9.08.2013 Hora: 9:08:08

Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: 813

TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

Tipo Confirmado Repetido

Usuario TO001

R.M:

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Evolución de sesión

se recibe menor en buenas condiciones, se trabaja en actividades de regulación y control, promoviendo incremento en las habilidades atencionales, se trabaja construcción de figuras reforzando habilidades visoperceptuales y de análisis de las mismas figuras, se entrega tareas de refuerzo a cuidador

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE			
No. HIST. CLINICA:	1108335218	TIPO: TI	SEXO: M
IDENTIFICACION:			EDAD: 11 Años
NOMBRE:			

SUCURSAL O SAB: 00001 Número de Habilitación: ()

CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 9.08.2013 Hora: 17:35:56 Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES Tipo Confirmado Repetido

Usuario TL005 R.M: ()

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Evolución de sesión	La menor ingresa por sus propios medios, en adecuadas condiciones generales. se realiza sesión terapéutica individual para el fortalecimiento de la lectura y la escritura. Se aprecia evolución en la conciencia léxica y la conciencia fonológica. Se dejan actividades para trabajar en casa.
PROFESIONAL: NOMBRE: () IDENTIFICACIÓN: () R.M: () TELÉFONO: ()	FIRMA DEL PROFESIONAL

SUCURSAL O SAB: 00001 Número de Habilitación: ()

CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 10.08.2013 Hora: 7:27:47 Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES Tipo Confirmado Repetido

Usuario TO001 R.M: ()

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION	INFORMACIÓN
Evolución de sesión	Se recibe menor para trabajo individual, se plantea circuito planeatorio con el fin de fortalecer espera de turnos, disminución de la ansiedad y la hiperquinesia, se vincula posteriormente a trabajo en grupo reforzando proceso de escucha y de espera, se logra mayor control de impulsos y regulación en la actividad, se explica trabajo al acudiente en casa.
PROFESIONAL: NOMBRE: () IDENTIFICACIÓN: () R.M: () TELÉFONO: ()	FIRMA DEL PROFESIONAL

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218
 IDENTIFICACION: [REDACTED] TIPO: TI SEXO: M EDAD: 11 Años
 NOMBRE: [REDACTED]

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habilitación: [REDACTED]

CIUDAD: 76001 - Cali

Fecha: 10.08.2013 Hora: 17:42:57 Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENG Tipo Confirmado Repetido

Usuario TL005

R.M: [REDACTED]

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

Evolución de sesión

La menor ingresa por sus propios medios, en adecuadas condiciones generales. se realiza sesión terapéutica individual para el fortalecimiento de la lectura y la escritura. Se trabaja discriminación fonemática y segmentación silábica- Se dejan actividades para trabajar en casa. Dejo en buenas condiciones.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ORDENES MÉDICAS

Fecha: 10.08.2013 Usuario: [REDACTED]

Nro. Orden: 0000100600004055

Prefijo

Servicio

Descripción

Cantidad

006 CONSULTAS TERAPIA OCUPACIONAL

890313

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU

1

Fecha: 10.08.2013 Usuario: [REDACTED]

Nro. Orden: 0000100700003307

Prefijo

Servicio

Descripción

Cantidad

007 CONSULTAS TERAPIA DEL LENGUAJE

890310

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU

1

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habilitación: [REDACTED]

CIUDAD: 76001 - Cali

Fecha: 15.08.2013 Hora: 7:31:16 Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: F813 TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES Tipo Confirmado Repetido

Usuario TO001

R.M: [REDACTED]

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION

INFORMACIÓN

-Cali- Colombia

HISTORIA CLÍNICA

Periodo Del: 28.06.2013 Al: 24.05.2017

PACIENTE

No. HIST. CLINICA: 1108335218

IDENTIFICACION:

TIPO: TI

SEXO: M

EDAD: 11 Años

NOMBRE:

Evolución de sesión

Se recibe menor para trabajo en grupo se enfatiza en objetivos, de regulación y control, seguimiento de instrucciones, habilidades planeatorias y perceptuales auditivas, visuales y táctiles propioceptivas con el fin de fomentar la escucha y la tolerancia a la espera se deja trabajo en casa, incrementa respuestas y habilidades sociales.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

SUCURSAL O SAB: 00001

Número de Habilitación:

CIUDAD: 78001 - Cali

Fecha: 15.08.2013

Hora: 17:47:25

Edad 7 Años

Plantilla TERAP_EV Evolución Terapias

Dx: F813

TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

Tipo Confirmado Repetido

Usuario TL005

R.M:

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Signos Vitales:

Tensión Arterial: 0 / 0 mmHg Frec. Respiratoria: 0 x Min. Frec. Cardíaca: 0 x Min. Temperatura: 0.0 °C IMC: 0.00

DESCRIPCION**INFORMACIÓN**

Evolución de sesión

La menor ingresa por sus propios medios, en adecuadas condiciones generales. se realiza sesión terapéutica grupal para el fortalecimiento de la lectura y la escritura. Se trabaja discriminación fonemática y segmentación silábica y léxica con textos de rimas- Se dejan actividades para trabajar en casa. Dejo en buenas condiciones.

PROFESIONAL:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

R.M:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ORDENES MÉDICAS

Fecha: 15.08.2013

Usuario:

Nro. Orden: 0000100600004121

Prefijo

Servicio

Descripción

Cantidad

006 CONSULTAS TERAPIA OCUPACIONAL

890313

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU

1

Fecha: 15.08.2013

Usuario:

Nro. Orden: 0000100700003354

Prefijo

Servicio

Descripción

Cantidad

007 CONSULTAS TERAPIA DEL LENGUAJE

890310

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGU

1

-Cali- Colombia