UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SAÚDE E EDUCAÇÃO:
REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

HELIVALDA PEDROZA BASTOS

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Titular Maria Inês Assumpção Fernandes

SÃO PAULO

2013

Esta tese foi desenvolvida no programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Titular Maria Inês Assumpção Fernandes. A autora foi bolsista da CAPES.

“O ato de escrever ou se expressar por vezes nos coloca, ao menos, duas exigências: o domínio do tema – domínio intelectual – e a sensibilidade para desenvolvê-lo com prudência e ousadia, revelando, quem sabe, a singularidade da escritura ou do discurso”.

Maria Inês Assumpção Fernandes (2003)

À minha família, principalmente meus pais, pelo apoio e compreensão ao longo da construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos a todos os amigos que nos acompanharam, por vários momentos, em nossa criação. Não iremos nomeá-los, pois acreditamos que assim seremos mais fiéis à importância que cada um teve e continua tendo neste percurso.

À Universidade de São Paulo e ao Instituto de Psicologia, em especial ao LAPSO - Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social, pelo espaço de reflexão. À nossa orientadora que permitiu que este trabalho se concretizasse, pelo incentivo, correção atenta e interlocução dedicada que nos fez descobrir caminhos.

À banca de qualificação pelo momento privilegiado, apontando limites e possibilidades. À secretaria do departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pela atenção e carinho sempre dispensados. Aos profissionais do Hospital Universitário que tão bem nos atenderam e acompanharam.

À Prefeitura do Município de São Paulo e ao Governo do Estado de São Paulo por acolherem a nossa proposta de estudo e permitirem que a coleta de dados fosse realizada. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo financiamento da pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo estudar o processo de medicalização e patologização da educação através de entrevistas com psicólogos da rede pública de saúde e coordenadores pedagógicos de escolas públicas focalizando a intervenção desses profissionais nas dificuldades apresentadas no processo ensino-aprendizagem. Medicalização e Patologização entendidas como um processo ideológico que transforma problemas sociais em doenças de indivíduos.

Trabalhamos com a região norte do município de São Paulo. Os psicólogos entrevistados atuam em Unidades Básicas de Saúde e os coordenadores pedagógicos em escolas públicas de ensino infantil, fundamental e médio. O método utilizado foi o qualitativo, sendo as entrevistas conduzidas de acordo com o preconizado por José Bleger. A análise desenvolvida utiliza o referencial teórico de Grupos Operativos, tal qual formulado por Enrique Pichon-Rivière.

Os resultados apresentados desvelam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano de trabalho, principalmente no que tange à estrutura e dinâmica institucional e à formação acadêmica. Como consequência identificam-se processos de medicalização e patologização da educação. Aponta-se para a necessidade de revisão das políticas públicas e melhor instrumentalização teórica e técnica dos profissionais. Indica existir um pacto denegativo entre as instituições que garante a preservação da ordem estabelecida, evitando a crise que toda mudança carrega e, com isso, impedindo a transformação.

Palavras-chave: Medicalização; Escola; Saúde Mental; Instituições e Grupos; Formação.

ABSTRACT

This research aims to study the process of medicalization and pathologizing of education through interviews with psychologists in public health and coordinators of public schools focusing on the intervention of such professionals in the difficulties encountered in the teaching-learning process. Medicalization and pathologizing understood as an ideological process that transforms social problems in diseases of individuals.

We work with the north region of the city of São Paulo. Psychologists interviewed worked in Basic Health Units and coordinators in public schools kindergarten, elementary and secondary. The method used was qualitative interviews were conducted in accordance with the recommendations by José Bleger. The analysis uses the theoretical Operational Group, as it formulated by Enrique Pichon-Rivière.

The results presented reveal the difficulties faced by professionals in daily work, especially with regard to the structure and dynamics of institutional and academic. Consequently it identifies processes medicalization and pathologizing of education. Points to the need for revision of public policies and better exploitation of theoretical and technical professionals. Indicates there is a pact between denegativo institutions that guarantees the preservation of the established order, avoiding the crisis that all change loads and thereby preventing the transformation.

Keywords: Medicalization; School; Mental Health; Institutions and Groups; Training.

SUMÁRIO

Introdução **9**

Capítulo I

As instituições saúde e educação e o efeito desse encontro: medicalização e patologização **23**

Capítulo II

Saúde pública; serviços de saúde mental e saúde escolar: o psicólogo em cena **49**

Capítulo III

Psicologia e Saúde Pública: a formação em psicologia e a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde **73**

Capítulo IV

Metodologia da Pesquisa **93**

Capítulo V

Resultados e discussões **103**

Entrevistas com os psicólogos **105**

Entrevistas com os coordenadores pedagógicos **148**

Considerações Finais **172**

Referências Bibliográficas

Bibliografia **181**

Bibliografia Complementar **200**

Anexos

Termo de consentimento livre e esclarecido **207**

Entrevistas **(em cd)**

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa dá continuidade à nossa dissertação de mestrado (BASTOS, 1999)[1] cujo tema diz respeito ao trabalho do psicólogo contratado pelo órgão de Saúde Pública quando este presta seus serviços à outra instituição pública na área da educação, a mola propulsora da intersecção das duas instituições é a queixa escolar.

Nosso objetivo nesse primeiro trabalho foi o de estudar o papel do psicólogo, como membro das equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), quando este profissional presta serviços voltados à Saúde Escolar, tendo como clientela específica à rede pública de ensino do município de São Paulo.

Os resultados obtidos naquele trabalho apresentam as dificuldades do psicólogo no atendimento em Saúde Pública. Dois motivos para essa dificuldade foram desvelados, o primeiro ligado à formação deficitária do psicólogo, principalmente no que tange a atuação em instituições, e, o segundo, a filiação profissional negada em relação à instituição que o contrata, propiciando o atendimento clínico, inspirado na atuação do profissional liberal, fundadas numa concepção abstrata de indivíduo desconsiderando seu contexto social para além do grupo familiar.

No presente trabalho estudaremos o processo de medicalização e de patologização da educação, através de entrevistas com psicólogos da rede pública de saúde e coordenadores pedagógicos de escolas públicas focalizando a intervenção desses profissionais nas dificuldades circunscritas ao processo ensino-aprendizagem. Entendemos que o processo de medicalização e patologização da educação geram diferentes formas de exclusão e produzem subjetividades medicalizadas.

[1] A dissertação de mestrado foi financiada pelo CNPq.

A subjetividade é aqui entendida como fabricada e modelada no registro social, não dada a priori nem interior ao indivíduo, mas produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade (TORRE e AMARANTE, 2001). No sentido aqui posto medicalizar significa definir em termos médicos problemas sociais e buscar sua origem na biologia (ILICH, 1975). Trata-se, portanto, da busca de soluções individuais para problemas sociais. A atuação medicalizante da Medicina consolida-se ao ser capaz de se infiltrar no conjunto de juízos provisórios e preconceitos que regem a vida cotidiana. À ampliação do espectro da Medicina para outras áreas das ciências da saúde – Psicologia, Fonoaudiologia, Enfermagem etc. - se dá o nome de patologização, entendida como um processo ideológico que transforma questões sociais em problemas orgânicos. (MOYSÉS e COLLARES, 1997, 2011).

Dentre as formas de patologização encontramos a psicologização, que se caracteriza pela utilização recorrente de explicações de caráter psicológico para descrever e analisar fenômenos educacionais, desconsiderando o processo de produção social. Esse tema é amplamente analisado por diversos autores que discorrem criticamente sobre a participação das psicologias no campo educativo (PATTO, 1993; MOYSÉS e COLLARES, 1994; MACHADO, 1998; LAJONQUIÈRE, 1999, CARVALHO, 2001; VOLTOLINI, 2007), neste trabalho lançaremos mão de conceitos descritos por alguns deles.

A presença do discurso psicológico na educação é um fenômeno recente, intensificado por volta de 1970, estando intimamente relacionado ao avanço da lógica capitalista e à hegemonia do discurso técnico e cientificista da atualidade. Neste sentido, as teorias psicológicas têm sido utilizadas com finalidades adaptativas e normativas, estando a serviço da psicologização da educação, sendo o psicólogo o profissional à

qual é atribuída uma função prescritiva no campo educacional, passando a ditar as normas sobre o que deve ser feito com o aluno com dificuldades (LINS, 2010).

Segundo Patto (1996), a explicação das dificuldades de aprendizagem escolar passa por duas vertentes. A primeira vem das Ciências Biológicas e da Medicina (século XIX), baseada em uma visão organicista das aptidões humanas, estas entendidas como inatas e independentes das influências ambientais – pressupostos carregados de ideias racistas e elitistas. A segunda vertente vem da Psicologia e da Pedagogia (séculos XIX e XX) mostrando-se mais atenta às influências ambientais, entre elas as de natureza socioeconômica. Essa dupla origem impõe a ambiguidade do discurso sobre os problemas de aprendizagem escolar e da própria política educacional, nele baseada, no decorrer do século XX. No início do século XXI os seus reflexos ainda são sentidos.

Fazendo uma retrospectiva das ideias contidas nas explicações sobre o fracasso escolar indicaremos as três principais concepções presentes em textos de autores que de alguma forma tratam do tema (DÓRIA 1918; ESPOSEL, 1925; MORAES, 1927; RAMOS, 1939; CARDOSO, 1949; POPPOVIC, 1972).

No início do século XX, médicos – sobretudo psiquiatras - usam a palavra “anormal” para qualificar os indivíduos com problemas de aprendizagem, atribuindo-se as causas das dificuldades aos distúrbios orgânicos. Esse momento histórico coincide com o início da medicina experimental, sendo um dos expoentes Lombroso (1835-1909) que argumentava ser a criminalidade um fenômeno físico e hereditário, as explicações para o fracasso escolar seguem o mesmo modelo determinista. Os ideais eugênicos se disseminam pelo mundo, em 1918 ocorre à fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo e em 1923 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), percebe-se pelos textos da época que higiene mental se

confunde com eugenia. Naquele momento, psicometristas – dada a inexistência da profissão de psicólogo - passam a medir as “aptidões naturais” das crianças, inserindo a Psicologia no campo educacional. (BASTOS, 1999)

Já nos anos 1930 há uma mudança na percepção das causas do fracasso escolar, sai-se de um período de determinismo e se pensa em prevenção. Nesse período as crianças que apresentam problemas de ajustamento ou de aprendizagem escolar passam a serem denominadas “crianças problema”, substituindo o termo anormal, agora focalizando a influência ambiental. Ideias preventivistas e de forte apelo moral encontram-se presentes nesse momento histórico, onde a proposta não é de exclusão das crianças e sim de sua adequação. Aqui aparece uma vertente psicologizante das dificuldades de aprendizagem escolar, onde se utiliza conceitos oriundos da psicanálise que são traduzidos do ponto de vista da moral. Acredita-se que as causas para os déficits de rendimento escolar são orgânicas e psicossociais, devendo haver um ajuste psicológico do aluno para que se consiga uma correção das suas “inferioridades corpóreas” – em geral imputada à classe social menos favorecida. Para isso se considera importante a boa alimentação e os hábitos higiênicos (BASTOS, 1999).

Nos anos 1970, a explicação para o fracasso escolar é focalizada na “carência cultural”. Essa teoria, surgida nos EUA na década de 1960, atribui o mau desempenho escolar de alunos pobres, negros e imigrantes à ausência de estímulos culturais. Naquele momento, a explicação dada para as diferenças passava pela cultura, acreditando-se existirem culturas adiantadas e culturas atrasadas, sendo as condições ambientais as geradoras de deficiência. Essa teoria foi assimilada por órgãos brasileiros de política educacional, gerando programas compensatórios implementados nas escolas. Essa forma de percepção do fracasso escolar torna-se central no processo de psicologização da educação. (BASTOS, 1999; LINS, 2010)

Essas três formas de compreensão do fracasso escolar, em maior ou menor grau, estão presentes no discurso e na prática profissional de educadores e psicólogos até os dias de hoje. Procuraremos identifica-las nas entrevistas coletadas.

Focalizando a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de saúde, Souza (1996) nos informa que esses profissionais realizam suas tarefas subsidiados, em sua maioria, por concepções com ênfase na análise psicanalítica dos fenômenos psíquicos, desenvolvendo, assim, atendimentos individuais com a clientela assistida, sem levar em conta aspectos que vão além da dinâmica familiar.

Em relação à formação profissional adquirida no curso de graduação e a atuação do psicólogo nos serviços públicos de saúde, a autora nos diz que no Sistema Único de Saúde (SUS) a prioridade de atuação encontra-se no nível preventivo de atenção, o que de imediato demonstra um grande descompasso com a formação comumente recebida por esse profissional, que são calcados no diagnóstico e tratamento dos problemas existentes. Sabendo que *"(...) a absorção de diretrizes políticas que são discutidas (...) na área da saúde encontram-se praticamente ausentes dos programas e discussões que acontecem na formação do psicólogo*", torna-se necessário à sua inclusão para que se possa ampliar o espectro de atuação desse profissional no âmbito público (SOUZA, 1996, pp.17-18).

Seguindo o seu raciocínio a autora afirma que a "*relação entre políticas públicas de saúde e prática psicológica, na formação do psicólogo, inexiste ou é considerada como experiência que será adquirida na formação após a graduação (...) ou ainda no fazer diário profissional"* (SOUZA, 1996, pp.17-18). Com isso, fica clara a necessidade de revisão dos currículos de formação de psicólogos em nível de graduação

para atender a demanda da Saúde Pública no país e também para evitar atuações patologizadoras nessa área de atenção.

Quanto à demanda advinda das escolas, Oliveira (2005) afirma não ser novidade o grande número de encaminhamentos oriundos das escolas sendo esta, desde muito tempo, a principal clientela dos psicólogos nas unidades de Saúde Pública. A autora ainda afirma que devido à "*psicologização dos fenômenos sociais, a escola transferiu ao psicólogo (...) a responsabilidade pelas crianças com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento/ajustamento*" (p.224).

Esse fenômeno ocorre porque a maioria dos psicólogos "*encaram o problema escolar como sendo de sua alçada e o tratam como se fosse uma questão clínica"* (BUENO, MORAIS e URBINATTI, 2000, p.63), numa visão patologizante do problema, que os leva a trabalhar numa perspectiva a-história e apolítica dos fatores implicados. Segundo Oliveira (2005) devido à "*falta de fiscalização e a relativa liberdade de ação que cada membro dos centros de saúde goza*" o que se desenvolve é um trabalho "*cuja qualidade, seriedade e sucesso ficam a cargo da consciência profissional de cada um*" (p.223), podendo inclusive auxiliar no processo de exclusão dos alunos e expropriação dos seus direitos à educação de qualidade.

O que evidencia que as diretrizes de ação dos profissionais da área da Saúde Pública não são definidas a priori, transparecendo que não há uma vinculação com a instituição que os contrata, mantendo-se no nível público a atuação inerente ao âmbito privado. Ou seja, os psicólogos nas unidades públicas de saúde apenas transpõem o saber adquirido em sua formação acadêmica ou profissional, no modelo curativo e individual do profissional liberal, fazendo ajustes para atender a uma demanda muito maior advinda do serviço público.

Nessa forma de atuação "*os atendimentos individuais permanecem e ocupam uma parcela significativa das ações desenvolvidas pelos profissionais. Os psicólogos até reconhecem as indicações da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] e do MS [Ministério da Saúde] com relação ao principio do SUS [Sistema Único de Saúde]*", mas a prática curativa é a escolhida. Nesse sentido, a clientela assistida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) é atendida dentro do modelo de transposição do consultório particular para os serviços públicos de saúde (OLIVEIRA, 2005, p.230), podendo levar à atuação medicalizadora, já que não se contemplam ações mais abrangentes.

Voltando à clientela encaminhada pelas escolas, Castanho (1996) nos afirma que os psicólogos que atuam nas UBS's fazem a leitura das dificuldades de aprendizagem apontando a família como uma das principais figuras implicadas nos problemas que os alunos apresentam, além deles mesmos. E ainda, que existe "*a visão de que as dificuldades de aprendizagem [das crianças], bem como os problemas de conduta, (...) têm a ver com as características da família à qual pertencem*". E conclui dizendo que essa visão "*parece ser suficiente para justificar o trabalho de diagnóstico e de intervenção com essa população. Via de regra as mães são conduzidas para os grupos de orientação e as crianças para os grupos de tratamento*" (p.100).

Morais (2000) em pesquisa realizada na região sul do município de São Paulo nos informa que nos casos envolvendo escolares, "*(...) independentemente da queixa, na conduta adotada pelos profissionais, predominam o psicodiagnóstico (58,1%), a terapia com a criança (85%) e a orientação familiar (73,2%)*". De acordo com a referida conduta os encaminhamentos para equipamentos sociais, que podem auxiliar no desenvolvimento amplo dos alunos, não são feitos, sendo também raras as intervenções

desenvolvidas nas escolas (23,5%) – deixando clara a conduta patologizadora dos profissionais (p.73).

Para justificar o atendimento clínico dos alunos sobre os quais recai o fracasso escolar as explicações mais comumente usadas são: *"distúrbios emocionais, desestruturação familiar, hiperatividade, lentidão e incoordenação motora, rebaixamento intelectual, falta de atenção dos pais, más condições de vida, desnutrição, herança genética e distúrbios neurológicos"*, explicações essas que, em geral, negam a realidade dos alunos o que propicia o rótulo a eles destinado. Frisamos que se parte da ideia de um aluno abstrato e idealizado *"ignorando-se as conjunturas concretas de sua vida e de seu meio social. E, muitas vezes, quando essas são conhecidas, são utilizadas para justificarem seu fracasso"* (MORAIS, 2000, pp.82-83).

Sendo assim, se afirma que as crianças carregam em si – em seu organismo - as dificuldades que geram o fracasso escolar ou que as suas famílias são as responsáveis pelo mesmo. Com isso a reflexão para além da esfera familiar não se dá, mantendo-se inalterados os âmbitos sociais, políticos e institucionais geradores dos problemas.

Neste sentido a Psicologia aparece como uma profissão que dependendo da forma de atuação que adote poderá, ou não, contribuir para o processo de exclusão de alunos quando do diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem escolar. Principalmente no momento atual em que as respostas aos problemas escolares têm sido encontradas na farmacologia, através da utilização de psicotrópicos que são prescritos e comercializados em escalas cada vez maiores, tendo como alvo crianças e adolescentes em idade escolar.

Temos acompanhado – como psicóloga e pesquisadora - o processo crescente de medicalização, principalmente no campo da educação, onde alunos que não aprendem o

conteúdo escolar ou não se comportam de acordo com as normas institucionais são encaminhados para profissionais da área da saúde, em geral médicos e psicólogos, que muitas vezes identificam neles doenças, fazendo com que, não raramente, sejam medicados para que alcancem a performance esperada pela escola. A medicação mais comumente indicada é o cloridrato de metilfenidato.

Neste cenário as instituições saúde e educação se entrelaçam na busca de solução para as dificuldades enfrentadas pela escola. O problema se instaura quando se transformam sensações físicas ou psicólogicas normais em sintomas de doença, provocando a formulação de diagnósticos medicalizadores que acabam por transformar grandes contingentes de pessoas em pacientes potenciais, tornando-os muitas vezes usuários de medicamentos. Isso ocorre, também, porque os grandes laboratórios farmacêuticos, que ocupam um lugar central na economia capitalista, difundem *"concepções equivocadas sobre doença e doença mental, (...) o que lhes permite alimentar continuamente o 'sonho' de resolução de todos os problemas por meio do controle psicofarmacológico dos comportamentos humanos"* (MEIRA, 2012, p.02). É importante destacar que a indústria farmacêutica é a segunda maior em faturamento no mundo, perdendo apenas para a indústria bélica.

O fenômeno da medicalização vem ocorrendo em escala cada vez maior em nossa sociedade e, no caso específico da educação, diz-se que as crianças não aprendem ou não se comportam adequadamente na escola devido a transtornos neurológicos que interferem em campos tidos como fundamentais para a aprendizagem, dentre eles: percepção e processamento de informações, atenção e habilidades sociais. Dentre os transtornos mais comumente associados ao baixo desempenho escolar estão o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e o TOD (Transtorno de Oposição

e Desafio) que tem levado um número cada vez maior de crianças e adolescentes a serem medicados com um estimulante do sistema nervoso central conhecido pelos nomes comerciais Ritalina® e Concerta®.

Dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM) mostram que de 2000 a 2008 a venda de caixas de metilfenidato aumentou de 71.000 para 1.147.000, ou seja, 1.615% a mais em oito anos. Nestes números não se está considerando os medicamentos manipulados nem os comprados pelo poder público, sabendo, ainda, que é fácil consegui-lo no câmbio negro, bastando para isso uma busca na internet - se esses dados fossem computados o aumento seria ainda maior. Outro dado divulgado é que o número de caixas vendidas de 2000 a 2010 subiu de 70.000 para 2.000.000, o que faz do Brasil o segundo maior consumidor no mundo, perdendo apenas para os EUA.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em dados divulgados em 02/2013, houve um aumento de 75% nos últimos três anos na prescrição de drogas para menores de 16 anos com o principio ativo da Ritalina®, mostrando indícios de uma supermedicação. Isso denota que está ocorrendo uma epidemia de transtornos em nossas escolas e nos faz questionar sobre o que está acontecendo com nossas crianças e adolescentes que, de repente, se tornaram vítimas de disfunções neurológicas.

A Ritalina® tem sido apelidada pelos seus críticos de “droga da obediência”. Estes alegam que quem não se submete às regras impostas é quimicamente assujeitado. Esta medicação tem sido adotada como pretexto para dissimular falhas no sistema educacional, transformando um problema de ordem político-pedagógica em um problema de caráter individual, orgânico, do aluno, sem levar em conta os efeitos

colaterais nem o grau de toxidade da substância. Tudo em nome da normatização da conduta, já que se espera que, *"ao entrar na escola, os alunos rompam de maneira imediata com as formas de comportamento cotidianas, adaptem-se de modo completo às regras e normas institucionais e apresentem-se 'naturalmente' disciplinados e silenciados"* (MEIRA, 2012, p.05).

Esse é um tema que deve entrar em nossas discussões, pois apesar de o psicólogo não poder prescrever o medicamento ele recebe esse tipo de clientela em seu cotidiano de trabalho, sendo importante uma avaliação crítica da questão. Trata-se da medicalização da educação que leva a exclusão de crianças e adolescentes que, embora permaneçam nas escolas por longos períodos de tempo, não chegam a se apropriar dos conteúdos escolares. O aumento constante do consumo dessa droga nos faz pensar que a escola, além de estar com dificuldade de cumprir seu papel social – de difundir conhecimentos e desenvolver o pensamento crítico – tem criado demandas artificiais para a área da saúde, já que a solicitação de intervenção nos problemas de origem escolar tem ocorrido em número cada vez maior.

É importante frisar que a medicalização não se resume à medicação, já que esta é apenas a ponta do iceberg, mas os efeitos do medicamento sobre quem faz uso dele nos faz atermos mais a este. Também é importante destacar que esse tema tem sido caro ao sistema de Conselhos - por exemplo, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo têm promovido vários eventos para discutir a questão, além da publicação de um livro (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO e GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR, 2010) e divulgação de vídeos terem ocorrido. O Conselho Federal de Psicologia também está tratando do tema, inclusive

junto ao Poder Público. Em seu site encontramos um arquivo que, em parte dele, lemos o seguinte:

> *"E é com grande surpresa e preocupação que constatamos, a partir do ano 2000, o retorno das explicações organicistas centradas em distúrbios e transtornos no campo da educação para explicar dificuldades de crianças na escolarização. Temáticas tão populares nos anos 1950-1960 retornam com roupagem nova. Não se fala mais em eletroencefalograma para diagnosticar distúrbios ou problemas neurológicos, mas sim em ressonâncias magnéticas e sofisticações genéticas, mapeamentos cerebrais e reações químicas sofisticadas tecnologicamente. Embora esses recursos da área da saúde e da biologia sejam fundamentais, enquanto avanços na compreensão de determinados processos humanos, quando aplicados ao campo da educação retomam a lógica já denunciada e analisada durante décadas de que o fenômeno educativo e o processo de escolarização não podem ser avaliados como algo individual, do aprendiz, mas que as relações de aprendizagem constituem-se em dimensões do campo histórico, social e político que transcendem, e muito, o universo da biologia e da neurologia. O avanço das explicações organicistas para a compreensão do não aprender de crianças e adolescentes retoma os velhos verbetes tão questionados por setores da Psicologia, Educação e Medicina, a saber, dislexia, disortografia, disgrafia, dislalia, transtornos de déficit de atenção, com hiperatividade, sem hiperatividade e hiperatividade"* (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Outra questão abordada pelo sistema de Conselhos é que a sociedade está sendo convidada a discutir a questão da medicalização da vida, bem como, compreender os aspectos subjacentes a ele. Para isso um grupo de

> *"pesquisadores de universidades públicas e privadas, entidades do magistério, da psicologia e do meio médico, das profissões afins das áreas de saúde e educação, parlamentares, movimentos sociais se articularam para levar à população essa reflexão e mostrar que interesses estão encobertos pelas formas como determinadas saídas para a vida estão sendo apresentadas a nós. Essa organização permitiu a constituição do* ***Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade****, que tem como objetivos: articular entidades, grupos e pessoas*

> *para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. O caráter do Fórum é político e de atuação permanente, constituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e suas decisões serão tomadas, preferencialmente, por consenso"* (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Outra questão subjacente a essa que cabe investigar no presente trabalho é o impacto sobre os psicólogos das formulações de autores que entendem o fracasso escolar como uma produção histórica e não como um problema do aluno que não aprende e, a partir disso, compreender se há mudança no manejo desse profissional quando presta atendimento às crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem escolar nas Unidades Básicas de Saúde. (COLLARES, 1994; PATTO, 1996; FRELLER, 1993; MOYSÉS e COLLARES, 1996; SOUZA E MACHADO, 1996).

Neste trabalho apresentaremos cinco capítulos, além da introdução e considerações finais. No primeiro discutiremos sobre as instituições saúde e educação e os processos de medicalização e a patologização da vida e da educação. No segundo trataremos de questões como saúde pública, serviços de saúde mental e saúde escolar, nesses focalizaremos a Psicologia enquanto ciência e profissão. No terceiro analisaremos a formação em Psicologia como subsídio para a atuação do psicólogo na área da Saúde Pública. Neste sentido buscaremos, também, compreender o modelo profissional apreendido na formação do psicólogo e em que medida esse pode levá-lo a uma atuação patologizante.

No quarto capítulo trataremos da metodologia da pesquisa e no quinto apresentaremos os resultados obtidos e as discussões e, posteriormente, as considerações finais. As entrevistas foram feitas com psicólogos concursados lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) da Prefeitura do Município de São Paulo e com

coordenadores pedagógicos de escolas públicas também do município de São Paulo, sendo elas: Escola Municipal de Educação Infantil, Escola Municipal de Ensino Fundamental e Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio. A região da cidade onde os profissionais estão lotados é a norte – compreendidas entre as subprefeituras Jaçanã/Tremembé, Vila Maria/Vila Guilherme, Santana/Tucuruvi e Casa Verde. Ao final apresentaremos a bibliografia básica e complementar utilizada na confecção do trabalho e os anexos.

CAPÍTULO I

AS INSTITUIÇÕES SAÚDE E EDUCAÇÃO E O EFEITO DESSE ENCONTRO: MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO

Apesar de vivermos em uma sociedade pós-industrial, onde o trabalho físico é feito prioritariamente por máquinas, o mental por computadores, cabendo ao homem à criação, ainda temos impregnado em nossas instituições o modelo da sociedade industrial. Nas escolas, principalmente as públicas, ocorrem à reprodução da estrutura das organizações industriais, marcadas pela produção em massa, assegurando a produtividade da escola. Por isso, existe a seriação, a classificação dos alunos, a aprovação e a reprovação. Tendo em vista a produtividade surge a homogeneização e, como consequência, ocorrem processos de inclusão e exclusão, onde o diferente tende a ser penalizado ou mesmo excluído (BUENO, 1997).

Foucault (2003) afirma que uma das formas de se eliminar as diferenças entre os cidadãos de uma sociedade é a disciplina. Para ele, a disciplina fabrica indivíduos; é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. O autor aborda a sanção normalizadora, inclusive a da escola, como uma forma de punir os diferentes, seja por suas alterações na maneira de ser, no discurso, na sexualidade ou no próprio corpo.

Nesse sentido, Bueno (1997) nos conta que viu no saguão de um auditório onde proferiu uma palestra um cartaz produzido por um aluno na tentativa de explicitar a sua percepção sobre a instituição escola, para isso ele fez um jogo de encaixes. As peças a serem encaixadas eram de formatos diferentes - cubos, estrelas, triângulos, quadrados –

enquanto o encaixe era apenas um: um furo redondo. Aproveitando a ilustração o autor nos diz que não é que a escola pretenda encaixar as diversas peças e não consiga, ela pretende e faz, a escola pega o formato de estrela e o transforma em formato redondo, e, o que é muito pior, quem não mudar de formato sofre as consequências com relação à sua diferença.

Acompanhamos nos últimos anos - como profissional da saúde e pesquisadora - as dificuldades enfrentadas por professores e alunos no cotidiano das escolas públicas. Verificamos que quando a escola pede a ajuda de outra instituição para sanar seus problemas o faz por acreditar que as dificuldades são passíveis de mudança e credita, de um lado, aos outros profissionais o poder de resolver tais situações e, de outro, aos alunos as causas do problema - já que, em geral, a queixa é focalizada no aluno e circunscrita a sua aprendizagem e/ou comportamento.

Em nossas visitas às instituições da área da educação temos sido informados que as escolas tentam de tudo antes de solicitarem a intervenção de profissionais externos na tentativa de resolverem seus problemas, já que tem um manejo próprio para resolver o que consideram ser da alçada da escola. Nestes manejos estão incluídos, dentre outros, conversar com as crianças; convocar os pais ou responsáveis para colocá-los a par dos problemas enfrentados e solicitar a sua ajuda; trocar as crianças de turma e, consequentemente, de professores; discutir os casos com os demais atores institucionais – excluindo os alunos - tudo isso na tentativa de encontrar soluções.

As intervenções externas quando solicitadas são, em geral, endereçadas ao Conselho Tutelar e aos órgãos da saúde. Quando os problemas estão circunscritos às faltas, violência doméstica e maus tratos encaminham-se para o Conselho Tutelar – por, segundo eles, ter esse órgão poder de lei. Os problemas comportamentais são pouco

citados, mas também se solicita o auxilio desse órgão quando os alunos se comportam de maneira considerada inadequada ao ambiente escolar, isso quando não se diagnostica previamente que essa inadequação é devido a um problema de saúde.

Encaminha-se às instituições de saúde quando se acredita que o aluno é portador de algum tipo de doença física ou mental que interfere no rendimento escolar. Caso a instituição saúde não detecte uma doença no aluno ou o Conselho Tutelar não se mostre efetivo – posto que a escola tenha tentado de tudo na expectativa de resolver o problema internamente, e o problema se mantenha - opta-se por outra medida: negociar com as demais escolas da região a transferência do aluno, o que nem sempre se viabiliza.

Ouvimos certa vez de uma profissional que na escola, quando necessário, se pratica a “expulsão branca”. Essa consiste em “convidar” o aluno, que se tornou aluno-problema, a deixar aquela escola. Isso porque, segundo ela, a legislação que regulamenta a educação não permite que os alunos que não se adequam as regras preconizadas pela instituição – dentre elas, não aprender o conteúdo escolar proposto; não se comportar adequadamente - sejam de fato excluídos das instituições de ensino. Como podemos ver, as formas de segregação praticadas pelas escolas são as mais diversas, em geral focalizadas nos alunos, deixando de lado a compreensão dos fatores institucionais e sociais que levam a referida inadequação.

É importante citar que num passado não muito distante – localizado entre a década de 1990 e o início da década de 2000 - existiram em várias escolas públicas as chamadas “classes especiais”, para onde se enviavam alunos com algum tipo de deficiência, incluindo a chamada deficiência mental leve - nível educável. Para que o aluno se matriculasse em tal sala, se o motivo fosse a deficiência mental, era necessária uma avaliação psicológica que, dentre outras coisas, determinasse o nível intelectual da

criança. É importante salientar que pela nossa experiência na recepção de tais alunos, grande parte dos candidatos a esse tipo de sala tinha algum tipo de comportamento considerado inadequado pela escola.

Como esses pedidos de avaliação tornaram-se uma demanda significativa endereçada aos psicólogos, do serviço público e privado, o Conselho Regional de Psicologia – 6ª. Região, São Paulo, iniciou um amplo debate sobre o tema, tendo publicado em 1997 um livro com o título "Educação Especial em Debate" (MACHADO ET AL, 1997). A discussão mais importante, a nosso ver, era a de que a avaliação psicológica quando descontextualizada dos seus determinantes sociais, culturais e institucionais acabava por penalizar o aluno, sem contar com o caráter questionável dos testes de inteligência, obrigatórios já que os laudos deveriam expressar o nível mental da criança. Era nítido o caráter excludente dessas classes, chamadas por alguns profissionais da educação de "depósito de crianças".

Antes da publicação do livro citado acima, mais precisamente nos meses de março/abril de 1994, foi divulgado pelo jornal do Conselho Regional de Psicologia da 6ª. Região, São Paulo, uma matéria que fazia crítica, dentre outras coisas, às classes especiais oferecidas pelas escolas. Esta matéria estava classificada no item "exercício profissional/educação", com o chamativo título "precisa-se de profissional competente". O início do artigo dizia o seguinte:

> *"O sistema de classes especiais nas escolas, para alunos que se comportam fora dos padrões classificados como normais, tem revelado uma consequência perversa: ele contribui para o 'emburrecimento' das crianças, ao invés de ajuda-las a desenvolver a inteligência. É um processo semelhante ao das prisões, em que presos acabam se transformando em criminosos. Dessa forma, espera-se o remodelamento – ou talvez a extinção – das classes especiais. Enquanto isso não acontece, os psicólogos, ao*

> *serem chamados a emitir laudos sobre os alunos, ajudam o sistema a transformar crianças normais em deficientes mentais. Essa é apenas uma faceta de um grande problema: os psicólogos, de uma maneira geral, ainda não se inseriram adequadamente na Educação Básica do País, apesar de terem um amplo campo de atuação à sua espera."* (MIMEO).

Após se fazer uma convocação aos psicólogos para que estes participem de subgrupos da educação em pré-congressos, congresso regional e nacional de psicologia e então propusessem *"alternativas mais saudáveis para a participação do psicólogo no sistema educacional do país"* dizia-se que:

> *"A primeira grande proposta a ser discutida é a que se refere à própria política da educação no Brasil: é preciso expandir o nível de intervenção de profissionais da área, como psicólogos e pedagogos – que hoje ignoram e são ignorados pelo sistema – em vez de deixar tudo como está, nas mãos de políticos e administradores públicos. Os profissionais devem igualmente aumentar sua participação no processo de organização das escolas, inclusive da montagem da estrutura e do currículo. Por enquanto, a maioria dos psicólogos tem se comportado como se esses assuntos nada tivessem a ver com eles. Permanecem atrelados à atuação médico-clinicalista, que só acontece quando são solicitados a resolverem questões relacionadas com supostas crianças-problema"*. (MIMEO)

O texto fala por si.

Naquele mesmo ano, 1994, houve um encontro em Salamanca - Espanha – onde se promulgou a Declaração de Salamanca, resolução das Nações Unidas que trata dos princípios, política e prática em educação especial. Ela foi assinada por 88 governos e 25 organizações e evocava o mundo para a possibilidade de um novo tempo nas relações sociais, na construção de uma sociedade para todos. O pacto nela contido declarava guerra à discriminação, demandando que todos os governos mundiais adotassem o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política,

matriculando todas as crianças em escolas regulares a menos que existissem fortes razões para agir de outra forma. A sua origem é atribuída aos movimentos em favor dos direitos humanos e contra instituições segregacionistas (BRASIL, 1994, p. 1).

A educação inclusiva é aquela que atenta à diversidade inerente à espécie humana e busca perceber e atender as necessidades educativas especiais de todos os alunos, em salas de aulas comuns, em um sistema regular de ensino, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal de todos. Trata-se de uma prática pedagógica coletiva, multifacetada, dinâmica e flexível que requer mudanças significativas na estrutura e no funcionamento das escolas, na formação humana dos professores e nas relações das famílias com as escolas. Com força transformadora, a educação inclusiva aponta para uma sociedade inclusiva.

No Brasil, a Política Nacional de Educação Especial, na perspectiva da educação inclusiva, assegura o acesso ao ensino regular a todos os alunos que possuam deficiência mental, física, auditiva e visual, bem como os portadores de transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação, desde a educação infantil até a educação superior. É importante salientar que em nosso país o ensino especial foi, em sua origem, um sistema separado de educação e ocorria fora do ensino regular, baseado na crença de que as necessidades das crianças com deficiência não podiam ser supridas nas escolas regulares.

Apesar de se preconizar a educação inclusiva no Brasil, segundo informações por nós obtidas em escolas públicas na cidade de São Paulo quando da coleta de dados para este trabalho, ainda se mantém alguns alunos em salas separadas por, pelo menos, metade do turno normal de aula para oferecer-lhes o que se chama de reforço. Isso porque esses alunos apresentam algum tipo de dificuldade que os diferem dos demais.

Na outra parte do período escolar os alunos convivem com as crianças de sua faixa etária, mas que estão em outra etapa do aprendizado, para – segundo os educadores – promover a socialização. Como podemos perceber as práticas excludentes continuam a existir, mas agora sob uma nova vestimenta, saem classes especiais e entram salas de reforço.

Como já dissemos, em nosso trabalho pudemos perceber que alguns alunos são encaminhados pelas escolas para os serviços de saúde devido à crença de que eles são portadores de algum tipo de doença e, por isso, não correspondem às exigências escolares. Cabe frisar que em geral a patologia é detectada em diagnóstico prévio feito pela própria escola. Infelizmente, esse diagnóstico acaba muitas vezes sendo confirmado pelos profissionais da saúde. Quando isso ocorre as crianças são absorvidas pelo sistema de saúde – público ou privado - e recebem tratamento clínico para problemas que muitas vezes foram gestados na instituição escola, instituição essa marcada pela cultura e pelo tempo histórico.

Não estamos com isso negando que existam doenças a serem tratadas, estamos falando de questões do âmbito social que são transformadas em problemas de origem e solução no campo médico (MOYSÉS e COLLARES, 2010).

Frisamos que é possível aproveitar a demanda da escola e suas crenças para refletir e potencializar o saber e o poder de todos os atores institucionais e construir, com isso, uma nova história. No entanto, isso nem sempre ocorre, inclusive pelo desconhecimento por parte dos profissionais da saúde de ações que os levem além do trabalho voltado para o indivíduo isolado – indivíduo esse que é naturalizado e reduzido a aspectos biológicos - já que esse tem sido o foco principal dos cursos de formação profissional.

Nos últimos anos, vários alunos têm sido diagnosticados por profissionais da saúde como portadores de diversos transtornos, dentre eles o TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - e a dislexia. Em muitos casos, devido ao diagnóstico recebido, as crianças acabam sendo medicadas com psicotrópicos estimulantes do sistema nervoso central, de onde se destaca o cloridrato de metilfenidato – um derivado da anfetamina - comercializado no Brasil com os nomes de Ritalina®, pelo laboratório Novartis Biociências, e Concerta®, pelo laboratório Janssem Cilag.

A prescrição de uma medicação é apenas a ponta do iceberg de algo mais amplo denominado medicalização. Para falar do conceito tomamos emprestada a descrição presente no Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que tem um site para discutir o assunto.

> *"Entendemos por medicalização o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada".* (sem menção de autor ou data).

Essa questão tem sido refletida por diversos autores, damos destaque aos que ajudaram a compor o livro "Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos", organizado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e pelo Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, publicado pela Casa do Psicólogo® em 2010, onde encontramos uma ampla

discussão sobre o tema, marcando uma tomada de posição do órgão de classe frente à medicalização da educação (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO e GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR, 2010).

As instituições saúde e educação e o processo de medicalização

A institucionalização da escola se deu em três momentos distintos, até chegar a ser como a conhecemos hoje. No primeiro momento, no decorrer do período feudal, a educação estava atrelada à Igreja e voltava-se à formação do clero e dos membros de uma classe privilegiada, nele as crianças, provenientes da nobreza, eram educadas em seus lares por preceptores contratados para tal fim. Por isso, esse período se destacou por uma educação elitizada a qual poucos tinham acesso.

Num segundo momento, no período de transição do feudalismo para o capitalismo, ao tomar o poder, a então revolucionária burguesia exigiu que, juntamente com vários outros privilégios exclusivos da nobreza feudal, a educação fosse voltada para todos os homens, passando a ser um direito desses, deixando de ser apenas privilégio de classe. Assim, a educação moderna, deixou de ser privilégio para se tornar um direito.

O terceiro momento se encaminhou quando a burguesia revolucionária havia se firmado definitivamente no poder como classe dominante e dirigente da sociedade: instituiu-se a educação como um dever. Isso porque o homem dessa sociedade precisava ser educado para se adaptar ao novo modo de produção capitalista e também de acordo com uma nova moral burguesa, ou seja, para manutenção da ordem e do ideário burguês: a propriedade privada.

Lopes (2008), em pesquisa sobre as origens da educação pública, nos diz que *"no afã de consolidar seu projeto hegemônico, a burguesia se apropria da ideia de escola pública, redefinindo-a e convertendo-a em um dos instrumentos disseminadores de sua visão de mundo"* (p.15). Essa escola seria um caminho a ser trilhado pelos indivíduos, porém, não como opção ou escolha de cada um, mas como um instrumento político que formaria o homem moderno. Uma escola pública, universal, gratuita, leiga e obrigatória, em que cada indivíduo seria educado e instruído de acordo com a moral burguesa laica, formando pessoas para viver nessa nova sociedade.

Pode-se, nesse sentido, dizer que a classe dominante procurou historicamente incutir no processo formativo do indivíduo, principalmente por meio da escola pública, os valores da sociedade do capital, para que essa instituição não tornasse possível a formação do homem como um ser histórico. Com essa finalidade a burguesia evitou que esse homem moderno fosse educado para reconhecer a luta de classes e com ela a sua real condição social, conhecimentos que poderiam levá-lo a se levantar contra a exploração, as injustiças, a manipulação alienada e, por fim, a superação da sociedade capitalista.

Outra instituição utilizada com esse mesmo fim foi a do saber médico e a consequente medicalização da sociedade. Historicamente, o século XVIII configura a emergência da medicina como área de saber técnico-científico, desde então, se vê cada vez mais entrelaçada aos interesses da disciplinarização da força de trabalho, higienização dos espaços, e controle das relações sociais. Irving Zola (1972) utiliza o termo medicalização para designar a expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, em particular àqueles que dizem respeito a problemas considerados de ordem espírito/moral ou legal/criminal. Esse conceito foi muito utilizado na década de

1970 e pretendia designar uma severa crítica ao crescimento da intervenção repressora da medicina que passava a assumir uma função de regulação social. Para Ivan Ilich (1975), autor de uma série de críticas às instituições da cultura moderna e considerado o criador do conceito, medicalizar significa definir em termos médicos problemas sociais e buscar sua origem na biologia.

No mesmo período histórico, Foucault (1979) dedicou-se a pensar o poder para além das forças repressivas e coercitivas afirmando, com isso, a sua característica produtiva. Esse autor, em "A história da sexualidade I: a vontade de saber" – abordando da era clássica à modernidade - analisa a passagem do poder soberano sobre a morte ao poder político de gerir a vida, enfatizando a presença de dois mecanismos de poder: o desenvolvimento das disciplinas do corpo no século XVII e as regulações da população no século XVIII. A articulação desses dois mecanismos de poder ao longo do século XIX, nas regulações da vida, configura uma nova forma de poder - chamada por ele de biopoder, caracterizada pelo poder sobre a vida - funcionando na sociedade disciplinar, especialmente no processo de patologização das condutas desviantes.

Como consequência, a sociedade na era moderna – por meio da Medicina – passa a exercer o controle e a gestão dos desviantes: isolando o louco, vacinando o doente e promovendo uma intervenção médica na sociedade urbano-industrial do início do século XX. Neste sentido, o novo homem, exigido por essa nova ordem, deveria ser disciplinado, hígido, ativo e amante da pátria. (REGO MONTEIRO, 2006)

Com a ideia de biopoder, Foucault (1979) põe em foco uma vertente de governo do homem no mundo moderno. Neste é a vida que está em jogo, em sua dimensão biológica e subjetiva, não somente para ser disciplinarizada nos domínios de uma medicina social e sanitária, mas em suas formas de viver, no cultivo à saúde, nos

domínios sobre a sexualidade, nos sofrimentos existenciais. A noção de biopoder dá ênfase à Medicina como participativa dos discursos que compõe a própria experiência de existência humana na modernidade. Neste conceito o que está em jogo é a ideia da vida como um valor e do controle da saúde como uma conduta moral. Nele *"a garantia de um comportamento para a saúde ultrapassa a noção da saúde do indivíduo, pois o engaja na manutenção da saúde no espaço coletivo, moralizando as condutas em torno do governo de si e dos hábitos em geral"* (GUARIDO, 2010, p.31).

Essa autora nos diz ainda que *"a medicalização da vida se apresenta na gestão que o homem, a partir da modernidade, faz de sua saúde, de seu bem estar, bem como do seu comportamento e das representações de si mesmo"* (IDEM, IBIDEM, p.31).

A Medicina não aparece como soberana no exercício de um poder, mas como discurso que compõe as estratégias políticas de gestão da vida - nomeada por Foucault de biopolítica. Este conceito abarca a preocupação com os aspectos da vida e da morte, com o nascimento e a propagação, com a saúde e a doença – sendo ela física ou mental – e com os processos que sustentam ou retardam a otimização da vida de uma população. Dessa perspectiva *"se preocupa com a família, a administração da casa, as condições de vida e trabalho, (...) estilo de vida, com questões de saúde pública, padrões de migração, níveis de crescimento econômico e padrões de vida"*. (IDEM, IBIDEM, p. 31).

Sendo assim, podemos dizer que medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela Medicina e interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura

social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social.

O mundo contemporâneo é marcado pelas transformações de funcionamento do biopoder. Deleuze (1992), em um texto intitulado “Post-scriptum sobre as Sociedades de Controle”, nos chama a atenção para novos modos de confinamento. O biopoder, que antes era exercido privilegiadamente em espaços fechados, com a função de correção, agora age também de modo mais sutil, a céu aberto, interferindo diretamente na produção dos modos de viver e de sofrer, inventando, assim, novos modos de aprisionamento da vida.

Rego Monteiro (2008) em um texto escrito para o Ministério de Educação e Cultura do nosso país, refletindo sobre as novas formas de confinamento, nos escreve que *“o controle se torna mais tênue, mais fluido, mas mesmo por isso mais poderoso, uma vez que se infiltra melhor e mais sorrateiramente por todas as frestas”* (p. 05). Essa forma de poder cria novas formas de subjetivação, chamada por ela de subjetividade medicalizada.

Outro uso frequente do termo é medicalização do social, expressão que possui um campo semântico amplo, podendo se referir a uma série diferenciada de fenômenos. Essa expressão pode ser entendida, por um lado, como a forma pela qual a evolução tecnológica vem modificando a prática da Medicina, por meio de inovações dos métodos diagnóstico e terapêutico, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos; por outro lado, pode ser usado numa referência às consequências que acarreta para o jogo de interesses envolvidos na produção do ato médico.

O fenômeno da medicalização social surge e se desenvolve, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares, tal como foi analisado por Foucault, em vários de seus estudos. Esse fenômeno promoveu a ampliação do campo de função da Medicina, estendo-o ao plano político.

É importante frisar que na contemporaneidade as sociedades de controle estão substituindo as sociedades disciplinares, sendo que a sociedade de controle redimensiona e amplifica os pilares constituintes da sociedade disciplinar. Neste sentido Deleuze (1992) nos escreve que nas sociedades disciplinares não se parava de recomeçar - da escola à caserna, da caserna à fábrica, "*enquanto nas sociedades de controle nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço sendo os estados metaestáveis e coexistentes de uma mesma modulação, como que de um deformador universal."* (p. 219).

Moysés e Collares (1997) nos dizem que a Medicina

> "(...) *desde as suas origens, cumpre o papel social de normatizar a vida de indivíduos e grupos sociais. Posteriormente, esse papel passa a ser desempenhado também pelas áreas do conhecimento que derivam da própria medicina, construindo campos específicos, porém mantendo a mesma filiação ideológica, tanto no pensamento clínico como na função reguladora*" (p.148).

Segundo essas autoras, o processo de medicalização individualiza problemas coletivos, biologizando e naturalizando-os (IDEM, 2007). Dizem ainda que a ampliação desse papel a outras áreas das ciências da saúde as tem levado a designar esse processo como patologização, com o intuito de explicar a atuação medicalizante de todas as áreas, e não apenas da Medicina. São psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos em sua prática biologizante.

Para auxiliar no diagnóstico dos transtornos mentais, numa vertente medicalizante, existe um manual que orienta os profissionais a identificá-los. Trata-se do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Este é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA). É usado ao redor do mundo por clínicos e pesquisadores, bem como, por companhias de seguro, indústria farmacêutica e parlamentos políticos.

Existem cinco revisões para o DSM desde sua primeira publicação em 1952. A maior revisão foi a DSM-IV, publicada em 1994, apesar de uma revisão textual ter sido produzida em 2000. O DSM-V foi publicado em maio de 2013. A seção de desordens mentais da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID - (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) é outro guia comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos. Entretanto, em termos de pesquisa em saúde mental, o DSM continua sendo a maior referência da atualidade.

É importante frisar que o DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso Americano, que desacreditava o National Institute of Mental Health (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos,

passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US$ 600 milhões, bem mais que os US$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o congresso foi persuadido há declarar os anos 1990 como a década do cérebro. (AGUIAR, 2004, p. 42)

A versão do DSM-III rompe definitivamente com a psiquiatria clássica. A partir dessa versão os quadros psicopatológicos são apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas, identificados a partir de uma lista presente no manual para cada transtorno, e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo. Além disso, a psiquiatria americana consolida-se como discurso hegemônico e o DSM-IV revisado é atualmente referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico americano.

Considerando que a medicação é atualmente indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico e levando em consideração a socialização do discurso médico estabelecida pela mídia e as campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica, pode-se reconhecer o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. Se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios.

Há aí uma inversão assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico. O caráter experimental da administração de medicamentos pode ser acompanhado nos procedimentos médicos atuais, bem como a mudança dos diagnósticos pela variação dos sintomas apresentados em certo espaço determinado de tempo.

Notamos que há uma "psiquiatrização" ocorrendo na sociedade. Já existem mais de 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições quase ninguém escapa a um diagnóstico de problemas mentais. Por exemplo, se a criança está agitada na escola, pode-se achar que ela está tendo um Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Há um excesso de diagnósticos psiquiátricos, essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira dos mercados – principalmente das indústrias farmacêuticas – que à saúde dos pacientes. (AGUIAR, 2004, p. 85).

Em artigo publicado recentemente – em 17.01.2013 – no jornal Folha de São Paulo, o psicanalista Contardo Calligaris, ao levantar um debate sobre a possibilidade de se impedir a venda de armas àqueles que já necessitaram de atendimento em saúde mental, hipótese levantada pelo presidente da NRA – Associação Nacional dos Rifles (EUA) – após o episódio do massacre de Newtown, Connecticut, em 14/12/2012, nos diz que:

> *"Recorrer à psicoterapia e medicação psiquiátrica se tornou banal. Isso não é só consequência de diagnósticos e prescrições apressados, mas também de uma mudança*

> *na ambição da psiquiatria e da psicologia clínica, que querem, como a medicina, cuidar da gente, ou seja, exercer seu poder sobre nossas vidas. Em vários casos, a nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), da Associação Americana de Psiquiatria, prevista para este ano, baixa o limiar do que pertence à patologia, designando como transtornos – passíveis de cuidado médico e psicológico – afetos, pensamentos e humores que, até hoje, eram considerados parte da experiência humana normal. Em outras palavras, somos cada vez mais considerados como 'doentes' (e convidados a procurar tratamento) por uma psicologia e uma psiquiatria que não para de definir nossa 'normalidade' – com as melhores intenções."* (p. E12).

Parte de nossa reflexão encontra-se no texto, o que achamos importante já que se trata de um jornal de grande circulação nacional e formador de opinião.

Em outra matéria do mesmo jornal, publicada no dia 07/01/2013, o repórter da Folha de São Paulo, Rafael Garcia, publica uma entrevista que foi concedida àquele órgão de impressa pelo médico psiquiatra Luis Augusto Rohde, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em Neurobiologia do TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Nela somos informados que esse profissional ajudou na elaboração da quinta edição do Manual de Diagnóstico da Associação Psiquiátrica Americana – DMS V. Somos informados, ainda, que ele foi o único brasileiro a participar da revisão do referido manual. Em parte dessa matéria o repórter nos diz que:

> *"A transição da quarta para a quinta edição do manual, com lançamento previsto para maio, não foi nada fácil. Mudanças do DSM-4 para o DSM-5 atraíram críticas de psicólogos e familiares de pacientes e foi alvo do lobby da indústria farmacêutica. Sob pressão, sem tempo e com orçamento limitado, psiquiatras recuaram de algumas propostas de mudança. Rohde, (...) atuou num dos setores mais controversos da força-tarefa: o que cuidou do TDAH (transtorno do déficit de atenção por hiperatividade), grupo acusado de inflar artificialmente a epidemia desse problema mental."* (p.A10).

Espera-se que estas questões compareçam aos debates públicos.

Frisamos que não estamos rejeitando todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida das pessoas que fazem uso da medicação quanto no sistema de cuidados em saúde mental, queremos sim colocar em evidencia *"os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si"* (GUARIDO, 2007, p. 161).

Ampliando a questão apropriamo-nos de uma fala de Rego Monteiro (2008) que nos diz que é

> *"(...) preciso deixar claro que, quando falamos de medicalização, estamos querendo pensar um movimento para além da prescrição de medicamentos. Queremos pensá-la como engrenagem de uma medicina que transforma a vida em objeto de sua intervenção. Assim, medicalizar a vida passa a significar a fabricação de subjetividades medicalizadas com a prescrição de normas e condutas para todos os níveis da existência, transformando todo e qualquer sofrimento humano em patologia."* (p. 03).

Portanto, medicalização significa mais do que a operacionalização do poder pela atuação da medicina ou de outras áreas da saúde que medicalizam, já que não agem pela coerção ou pela violência, mas sim pelo discurso, transformando-se em uma força de invenção que produz subjetividades medicalizadas (REGO MONTEIRO, 2006).

O fracasso escolar e a medicalização e/ou patologização

O fracasso escolar é um fenômeno recente que surgiu com a instauração da escolaridade obrigatória no final do século XIX, este tomou um lugar considerável em nossas preocupações, principalmente nas últimas décadas. Por isso temos que refletir sobre o papel que a escola tem desempenhado em nossa sociedade, visto que o fracasso

escolar se coloca de forma alarmante e persistente, devendo ser visto como um fenômeno multifacetado e como tal ser analisado. Moysés e Collares (1992) afirmam que o fracasso escolar é um problema social e politicamente produzido.

De acordo com Patto (1999), a complexidade do fracasso escolar decorre das dimensões políticas, históricas, socioeconômicas, ideológicas e institucionais, bem como das dimensões pedagógicas, articuladas às concepções que fundamentam os processos e as dinâmicas em que se efetivam as práticas do cotidiano escolar. Portanto, faz-se necessário compreender o contexto histórico no qual o fracasso foi produzido para, a partir daí, intervir.

Abramowicz (1996) aborda o tema do fracasso escolar partindo da hipótese de que existe entre nós uma cultura do fracasso, que dele se alimenta e se reproduz. Tal cultura legitima práticas, rotula fracassados, trabalha com preconceitos de raça, gênero e classe, além de salientar que reprovar faz parte da prática de ensinar-aprender-avaliar. Para essa autora, a cultura da exclusão está materializada na organização e na estrutura do sistema escolar. Dentre as formas de exclusão centradas no aluno encontramos a medicalização e a patologização da educação.

Moysés e Collares (1994), em artigo em que discutem a patologização da educação, nos dizem que:

> *"A Educação, assim como todas as áreas sociais, vem sendo medicalizada em grande velocidade, destacando-se o fracasso escolar e seu reverso, a aprendizagem, como objetos essenciais desse processo. A aprendizagem e a não aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso - portanto, também não tem responsabilidade. Ante índices de 50, 70% de fracasso entre os alunos matriculados na 1ª. série da Rede Pública de Ensino brasileira, o diagnóstico é centrado no aluno, chegando no máximo até sua família; a instituição escolar, a política educacional raramente são questionadas no cotidiano da Escola. Aparentemente, o processo ensino-aprendizagem iria muito bem, não fossem*

> *os problemas existentes nos que aprendem. Até alguns anos atrás, a biologização da Educação era feita basicamente pela ciência médica, concretizada pelos profissionais médicos, atuando tanto na Rede Pública de Saúde, como em consultórios particulares e, principalmente, nas faculdades. Dessa circunstância advém o termo medicalização para nomear essa prática. Entretanto, mais recentemente, com a criação/ampliação de campos do conhecimento, novas áreas, com seus respectivos profissionais, estão envolvidas nesse processo. São psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos em sua prática biologizante. Daí a substituição do termo medicalização por um outro mais abrangente-patologização"* (p. 26).

A medicalização da vida escolar, a partir das transformações do mundo contemporâneo, será intensificada pela utilização do medicamento como principal instrumento de ação. No caso dos chamados distúrbios de aprendizagem a medicação indicada atualmente é o cloridrato de metilfenidato.

O Cloridrato de metilfenidato - conhecido por suas denominações comerciais Ritalina® e Concerta® - é uma substância química utilizada como psicofármaco, estimulante leve do sistema nervoso central, com mecanismo de ação ainda não bem elucidado, estruturalmente relacionado com as anfetaminas. Esta substância é usada no tratamento medicamentoso dos casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), narcolepsia e hipersonia idiopática do sistema nervoso central.

Segundo o portal de psiquiatria, Psiqweb (2013), o metilfenidato é indicado como parte de um programa de tratamento abrangente que inclui outras medidas, que podem ser psicológicas, educacionais e sociais, todas visando um efeito normalizador em crianças portadoras de uma síndrome comportamental caracterizada pelo seguinte grupo de sintomas de desenvolvimento inadequado: distraibilidade de moderada a grave; redução da atenção, hiperatividade, nem sempre presente; labilidade emocional e impulsividade. Segundo o site o diagnóstico desta síndrome não deve ser feito quando

tais sintomas são apenas de origem recente, já que o metilfenidato não é recomendado para crianças menores de seis anos.

O TDAH era anteriormente conhecido como distúrbio de déficit de atenção, outros termos já utilizados incluem a disfunção cerebral mínima; síndrome da criança hipercinética; lesão cerebral mínima; disfunção cerebral menor e síndrome psicorgânica de crianças. O TDAH é considerado, em parte do meio acadêmico, como o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância, e se caracteriza por três categorias principais de sintomas, que são: desatenção, impulsividade e hiperatividade (VASCONCELOS ET AL., 2003), e, em geral, são detectadas no ambiente escolar.

A prevalência do TDAH tem sido pesquisada em inúmeros países e, em geral, estudos que utilizam os critérios do DSM-IV tendem a encontrar prevalências de 3 a 6% em crianças em idade escolar, nos Estados Unidos. No Brasil, a taxa de prevalência, em estudos desse tipo, foi de 3,6 a 5% da população escolar (ANDRADE e SCHEUER, 2004).

Apesar do grande número de estudos já feitos, as causas do TDAH ainda são desconhecidas. A ideia mais aceita pelos estudiosos do tema é de que existem fatores genéticos e ambientais que influenciam no desenvolvimento da doença. Em relação à genética, existem hipóteses que relacionam vários genes de pequeno efeito com uma vulnerabilidade ao transtorno, que poderia vir a se desenvolver, ou não, de acordo com as condições ambientais. O aparecimento do TDAH está relacionado ainda, segundo pesquisas atuais, a alterações de um ou mais neurotransmissores, como as catecolaminas, em particular, a dopamina e a noradrenalina. Entretanto, os dados existentes sobre a relação entre TDAH e neurotransmissores ainda são muito escassos (ROHDE e HALPERN, 2004).

O TDAH é um fenômeno recente, antes do século XX características que hoje são consideradas sintomas - como agitação, impulsividade e hiperatividade - eram vistas como comportamentos normais. Percebe-se então que, atualmente, os conhecimentos científicos e as práticas em saúde têm tornado o limiar entre saúde e doença, entre o normal e o patológico, muito tênue. Basta adotar um comportamento indesejado pela sociedade em geral para que o indivíduo seja rotulado como depressivo, ansioso, ou mesmo hiperativo. Isso se dá porque os altos e baixos naturais da vida e comportamentos até então considerados normais são convertidos em estados patológicos (BLECH, 2005).

Moysés e Collares (1994) nos dizem que a patologização do fracasso escolar ocorre basicamente sob duas vertentes: a primeira, como consequência da desnutrição e, a segunda, da existência de disfunções neurológicas, incluindo-se a hiperatividade (TDAH) e a dislexia - inicialmente essa forma restringia-se às crianças das classes média e alta, porém, atualmente, está disseminada inclusive entre a classe trabalhadora. Essas autoras seguem seu raciocínio dizendo que:

> "*O trabalho pedagógico, desqualificado, cede terreno para o trabalho de outros profissionais, estimulados pela necessidade de mercado de trabalho. O espaço escolar, voltado para a aprendizagem, para a normalidade, para o saudável, transforma-se em espaço clínico, voltado para os erros e distúrbios. Sem qualquer melhoria dos índices de fracasso escolar... Porém, se as crianças continuam não aprendendo, a isto agrega-se, em taxas alarmantes, a incorporação da doença... uma doença* ***inexistente...***" (MIMEO, GRIFO DAS AUTORAS).

A doença vem sendo usada como fator explicativo para desvios de indivíduos dentro da sociedade, fenômeno chamado de biologização. Assim, as propriedades são reificadas e ganham uma localização no corpo, sendo tratadas por profissionais da área da saúde, e, em geral, se prescreve algum tipo de medicação. Isso porque os desvios são

vistos como provenientes de algum distúrbio localizado no cérebro dos indivíduos, associados a modificações nas quantidades de algumas substâncias químicas (LEWONTIN; ROSE e KAMIN, 2003).

Sabemos que a condição necessária para se viver em sociedade é que todos compartilhem das mesmas normas, previamente estabelecidas. Quando uma regra é quebrada, como não aprender a ler dentro do prazo tido como normal ou não se comportar adequadamente na escola, são tomadas medidas restauradoras. A biologização da não aprendizagem é muito comum no meio escolar, fazendo com que a responsabilidade pelas reprovações e pela evasão escolar recaia sobre as doenças.

Ao biologizar questões sociais, todo o sistema se torna isento de responsabilidades. Na escola, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação (MOYSÉS e COLLARES, 1996). Assim, para alguns professores, médicos e pais, além das próprias crianças, os indivíduos muito ativos, e que não prestam atenção como deveriam, possuem algum problema de saúde (CONRAD e SCHNEIDER, 1992).

Tratar comportamentos indesejáveis como um problema médico foi, e continua sendo, bem aceito na sociedade, e os motivos são diversos. Para os médicos, por exemplo, a terapêutica é relativamente simples, incluindo basicamente a prescrição de um medicamento, e os resultados podem ser excelentes, do ponto de vista clínico. Por sua vez, o diagnóstico do TDAH indica uma doença passível de ser tratada - o que diminui o sentimento de culpa dos pais - e faz com que estes possam ver o diagnóstico com bons olhos. Além disso, o medicamento, frequentemente, torna a criança menos agitada na sala de aula e, muitas vezes, facilita a aprendizagem, resolvendo o problema também na escola (IDEM, IBDEM).

A isso podemos chamar de controle social. Dá-se o nome de controle social ao controle do desvio e a promoção da conformidade social. Aquele que foge das normas deve ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, voltem ao seu estado normal. Existe o nível formal e o nível informal de controle social. O controle informal abrange tanto o autocontrole quanto o controle relacional e inibe o comportamento individual considerado desviante (IDEM, IBDEM).

O controle social formal engloba as formas institucionalizadas de controle, como: o sistema jurídico, policial, educacional, de assistência social e o sistema de saúde. São as formas oficiais de controle, aquelas que ninguém está apto a questionar se não for especialista na área. Por serem tão aceitas e, no caso específico do sistema de saúde, por possuir um respaldo da ciência, suas consequências são geralmente muito mais profundas e duradouras, tanto para o indivíduo classificado quanto para a sociedade e o meio em que ele vive (IDEM, IBDEM).

O problema a ser analisado é que a suposta doença quando diagnosticada e, depois de um tratamento ser proposto, em geral, é internalizada por quem recebeu o rótulo e, com isso, tanto a família quanto a escola passam a tratá-lo de um modo diferenciado. Essa introjeção reforça as características da suposta doença, fazendo com que a criança se perceba como doente e aja como tal. Estamos tratando aqui da subjetividade medicalizada.

Rego Monteiro (2007), em seu texto "ontem 'anormais' hoje, 'portadores de transtorno': cartografando a fabricação de subjetividades medicalizadas no espaço escolar" nos diz que:

> *"(...) pensando com as reflexões de Foucault a respeito do caráter produtivo e ativo do poder, entendemos que o*

> *poder da medicina não operou e continua não operando pela violência ou coerção; mas sim, como uma força que produz realidade, que produz medicalização da vida. Dessa forma, deixaremos de pensar a medicalização apenas como um processo de intervenção e regulação de corpos, mas sim como um discurso que induz os indivíduos a adotarem determinadas formas de viver, pensar e se comportar. Medicalização passa a significar, portanto, um modo de subjetivação que aciona os processos de constituição de uma subjetividade como resultante das forças que constroem e conformam modos de existir. Medicalização adquire aqui, o sentido de força de invenção e fabricação de subjetividades medicalizadas*" (pp. 314-315).

Na contemporaneidade os corpos são docilizados não pelo encerramento físico, manicomial, mas pelo encerramento psíquico, pelo uso de psicofármacos que modelam condutas, hábitos e pensamentos (CAPONI, 2009). Eis a importância do tema! Fica aqui uma pergunta: o que nós psicólogos e educadores, principalmente da rede pública, temos a dizer ou a fazer em relação ao chamado fracasso escolar e a consequente medicalização ou patologização da educação?

CAPÍTULO II

SAÚDE PÚBLICA, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SAÚDE ESCOLAR: O PSICÓLOGO EM CENA

A Psicologia existe como ciência há pouco mais de cem anos, sendo que a sua regulamentação como profissão no Brasil ocorreu somente em 27 de agosto de 1962, a partir da lei 4.119 que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo (BRASIL, 1962). Com isso, elaborou-se o currículo mínimo para os cursos de graduação, definiu-se o território profissional e as funções privativas do psicólogo, assegurando assim o monopólio do saber e prática profissionais e, ainda, a adoção de um *"código de ética com a finalidade de controle da atuação profissional"* (DIMENSTEIN, 1988, P.01).

Portanto, a profissão de psicólogo no Brasil tem uma história muito recente, apesar de o ensino de Psicologia ser feito desde os anos de 1930 nas escolas normais, de em 1956 ter ocorrido à implantação do curso de formação de psicólogo na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e em 1957 ter iniciado o curso na Universidade de São Paulo (USP) o aumento das faculdades de Psicologia ocorreu somente após os anos 1970.

Com a regulamentação da profissão o psicólogo passa a atuar em quatro áreas, sendo elas a clínica, a escolar, a industrial e o magistério A partir de 1970 se amplia o campo de atuação, convergindo uma parcela considerável dos profissionais para o âmbito da assistência pública à saúde. Daquele momento até os dias de hoje o número de psicólogos nesta área de atuação tem aumentado, mas ainda é considerado de pouca

expressividade a sua participação nesse campo de trabalho que é dominado pelos médicos.

Tendo a questão da atuação do psicólogo na área da Saúde Pública e a medicalização e patologização como foco, faremos um resgate histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e da inserção e atuação do psicólogo nessa área de atenção. Apontaremos os rumos tomados após vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que essa é a forma atual de oferecimento dos serviços na área pública de saúde e, para concluirmos, trataremos da saúde escolar no Brasil e dos serviços de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS').

A saúde pública no Brasil e a inserção do psicólogo na área da saúde mental

Pesquisando sobre a história das Políticas Públicas em Saúde, a primeira instituição que encontramos é da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, classificada como Hospital de Caridade, ocupando um lugar secular e de destaque na saúde no Brasil. Estas instituições, oriundas da Europa, mais especificamente da Itália em 1244, viviam basicamente de donativos e da vontade dos párocos das igrejas católicas das redondezas. No Brasil surgiram logo após o descobrimento do país e precedem a própria organização jurídica do Estado brasileiro. Braz Cubas, em 1543, fundou a primeira Santa Casa, em Santos/SP. Estão ligadas à criação das primeiras escolas de Medicina e Enfermagem; atuaram no atendimento aos enfermos, indigentes, no amparo aos idosos, às crianças e aos hansenianos, dentre outras contribuições (BERTASSONI ET AL, 2000).

Santos Filho (1991) nos informa que no Brasil até o final do século XVIII, pelas determinações legais de Lisboa, o cuidado com as questões relativas à Saúde Pública na Colônia ficava a cargo dos comissários enviados pela Coroa e do Senado das Câmaras

Municipais. Cabiam, então, a essas instâncias de poder a fiscalização e a aprovação de provisões e licenças. Essas concessões eram expedidas após a verificação oficial das habilitações ou da experiência apresentadas por aqueles que se propunham ao exercício da arte de curar: os médicos, os cirurgiões, barbeiros, boticários e parteiras.

A princípio esses profissionais aprovados pelas autoridades competentes possuíam atribuições bastante limitadas. Aquele que conseguisse comprovar no mínimo quatro anos de prática em um hospital ou botica recebia autorização para o exercício de sua arte. Pelas leis do reino, somente os físicos ou licenciados estavam autorizados para o exercício da medicina. Os boticários, por exemplo, recebiam autorização apenas para o comércio de drogas, preparo de medicamentos e aviamento de receitas. Aos cirurgiões era permitido tão somente tratar de lesões externas, ficando-lhes proibida a administração de medicamentos e o cuidado de moléstias internas. Os barbeiros, por sua vez, concorriam na prática com os cirurgiões, pois também eles recebiam autorização para realizar pequenas intervenções cirúrgicas, tais como: sangrar, aplicar ventosas, cuidar de ferimentos e extrair balas e dentes.

Foi no primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que houve a primeira medida sanitarista no país. O Rio de Janeiro – capital do país naquele período - não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como varíola, malária e febre amarela espalhavam-se facilmente. O presidente então nomeou o médico Oswaldo Cruz para cuidar do problema. Numa ação policialesca, o sanitarista convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa, causando a indignação da população. E o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação anti-varíola. A população saiu às ruas e iniciou o que se denominou como a “revolta da vacina”**,** com isso, Oswaldo Cruz acabou afastado. Apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos

problemas e coletar muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período, apenas com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil, começou-se a discutir, obviamente com fortes formas de pressão como greves e manifestações, um modelo de assistência médica para a população pobre. Assim, em 1923, surge a lei Elói Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão. Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários. A União não participava das caixas, sendo que a primeira delas foi à dos ferroviários. Elas tinham entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e a família, concessão de preços especiais para os medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. É importante destacar que essas caixas só valiam para os funcionários urbanos.

Esse modelo começa a mudar a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas toma o poder. É criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas. Suas atribuições são muito semelhantes às das caixas, prevendo assistência médica. O primeiro IAP foi o dos marítimos. A União continuou se eximindo do financiamento do modelo, que era gerido pela contribuição sindical, instituída nesse período.

Quanto ao ministério, ele tomou medidas sanitaristas como a criação de órgãos de combate a endemias e normativos para ações sanitaristas. Vinculando saúde e educação,

o ministério acabou priorizando o último item e a saúde continuou com investimentos irrisórios.

Dos anos 1940 a 1964, início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAP's como forma de tornar o sistema mais abrangente. É de 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos.

É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia efetivamente uma contribuição do Erário Público, mas tais medidas ficaram apenas no papel. A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967 pelas mãos dos militares com a unificação dos IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Mais complexo, a estrutura foi se modificando e acabou por criar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada.

Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Essa política acabou proporcionando um grande aumento na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%. Percebemos que o modelo criado pelo regime militar era pautado pelo pensamento da medicina curativa. Poucas medidas de

prevenção e sanitaristas foram tomadas. A mais importante foi à criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM).

Durante a transição democrática a Saúde Pública passa a ter uma fiscalização da sociedade. Em 1981, ainda sob a égide dos militares, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Segundo Dimenstein (1998), em 1983, como parte dessa implantação, foram instituídos dois grandes projetos: o programa de racionalização das contas hospitalares, com a introdução da AIH - Autorização de Internação Hospitalar - e o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), sendo considerada uma das vias privilegiadas de acesso do psicólogo às instituições públicas de saúde.

As AIS foram o eixo de organização para uma atenção integral à saúde da população através de uma rede de serviços integrados e regionalizados. O programa visava o aperfeiçoamento do plano de reorientação lançado anteriormente, e à melhoria da atenção à saúde da população. Havia a intenção de valorizar o profissional de saúde, visando melhores condições de trabalho e remuneração e um compromisso de contratação de outros profissionais. Dentre eles destacam-se psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, atribuindo às equipes o papel de reorientação e transformação do sistema de saúde vigente.

Naquele momento histórico, na área da saúde mental, as mesmas diretrizes passaram a nortear a prática da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde na área de saúde mental. Porém, a questão da reforma psiquiátrica brasileira e da assistência à população e humanização dos serviços já permeava as discussões entre os profissionais das unidades de saúde desde 1978. Culminando na crise da DINSAM, com a denúncia

dos trabalhadores apontando a falta de recursos e de profissionais, a precariedade das condições de trabalho e da assistência prestada, criticando a cronificação do manicômio e o uso do eletrochoque.

Com isso, reivindicaram da DINSAM um esforço no sentido de substituição do modelo assistencial-custodial e segregador, por um modelo mais abrangente de recuperação e ressocialização do usuário dos serviços de saúde mental. Iniciando-se uma política de investimentos em termos de recursos humanos. Cerqueira (1984) aponta que menos de 10% da meta proposta foi alcançada e, também, que as contratações de psicólogos efetuadas pelas instituições se deram em número mínimo – cumprindo funções burocráticas – não auxiliando, assim, nas transformações esperadas.

Com o fim do regime militar, surgem outros órgãos que incluem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASENS). Em março de 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento no qual se definiram as bases do projeto de Reforma Sanitária brasileira, propondo, também, a ampliação e diversidade dos profissionais da área. Fixaram-se nesta Conferência eixos fundamentais, quais sejam: 1) Concepção ampliada de saúde numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas; 2) Saúde como direito de cidadania e dever do Estado; 3) Instituição de um Sistema Único de Saúde tendo como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde; 4) Participação popular e controle social dos serviços públicos de saúde.

Como desdobramento à VIII CNS e dos I e II Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste, respectivamente em 1985 e 1987, em busca da concretização da reforma sanitária e da transformação da realidade da assistência

psiquiátrica no país, ocorre um momento de crítica ao modelo asilar e de denúncia à sua ineficiência.

O I e II Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste tiveram como eixo a questão da política de recursos humanos, que contemplava desde a reformulação do currículo mínimo para a formação de profissionais da área da saúde, até concurso público para a contratação de novos trabalhadores.

Era esperada a participação do psicólogo nesses debates, que já se realizavam havia algum tempo, contribuindo também para as novas modalidades de serviços em saúde mental, como os serviços extra-hospitalares. Um dos requisitos básicos trazidos no documento da I CNSM foi à implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais na rede básica e nos hospitais e de práticas ambulatoriais destinadas a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante para uma visão integral do sujeito usuário do setor, por intermédio de práticas preventivas e educativas.

Para uma reversão no modelo de atenção em Saúde Mental seria fundamental a definição de uma política de Recursos Humanos para o campo da saúde de forma a preencher o espaço com profissionais qualificados, com competência para promover a saúde mental. Uma questão importante é o destaque dado à política de Recursos Humanos, sendo que a reforma curricular dos cursos de graduação na área de saúde foi considerada imprescindível para que se formassem profissionais qualificados para atuar junto às necessidades da rede pública assistencial em saúde mental. Mais adiante, no presente trabalho, retomaremos essas questões levantadas, principalmente no que tange a formação acadêmica em Psicologia.

Ainda em 1987 foi criado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), tomado como um aperfeiçoamento das AIS, cujo objetivo foi reafirmar a política de descentralização dos serviços de saúde, através da estadualização ou municipalização. Esse projeto veio a reforçar ainda mais o papel desempenhado pela equipe de saúde em relação ao aprimoramento dos serviços de saúde.

Como consequência da inclusão da sociedade civil nas discussões o sistema privado de saúde, que se vinha beneficiando da política anterior, teve que arranjar uma nova alternativa. É nesse período que se cria e se fortalece o subsistema de atenção médico-suplementar, iniciando a era dos convênios médicos.

Ao lado dessas mudanças, os constituintes da transição democrática começaram a criar um novo sistema de saúde, que mudou os parâmetros da Saúde Pública no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Criado refletindo - em seus princípios e diretrizes - os avanços democráticos defendidos pelos setores políticos de esquerda e pelos movimentos sociais organizados na sociedade civil (PEREIRA, 1996).

O SUS, proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, tem como conceito básico a universalização do atendimento à saúde. Ele surgiu por meio da Constituição Federal de 1988 e é regido por outras duas leis: a 8.080/1990, que dá as linhas gerais do que seria esse atendimento, e a 8.142/1990, que regulariza a participação da sociedade na fiscalização do sistema (BERTOLLI FILHO, 2000).

Atualmente a produção de serviços de saúde é de responsabilidade do SUS, considerado um avanço nessa área de atenção quando de sua criação. No entanto, pouco depois da sua implantação, a partir das propostas do Banco Mundial associadas a determinadas políticas de governo, há a configuração de um projeto de desmonte desse sistema. Com a reforma do aparelho estatal apresentada pelo governo federal, a partir de

1995, surge como principal estratégia a criação de Organizações Sociais de Saúde, caracterizada pelo repasse do gerenciamento de serviços médico-hospitalares a entidades públicas não estatais, qualificadas como organizações sociais (OS's) e regulamentadas por lei (FIGUEIREDO, 2006).

No estado de São Paulo a lei que regulamenta esse tipo de prestação é a 848/1998 de 04/06/1998. A criação das OS's imprimem lógicas privadas na administração da coisa pública. (CARNEIRO JR, 2002) Nelas os funcionários são contratados sem necessidade de um concurso público, havendo o predomínio da eficácia e competência técnico-administrativa, facilitando a demissão daqueles que não satisfazem aos critérios de produtividade e qualidade estabelecidos pela empresa. Esse projeto de desmonte traz o reflexo do mundo em que vivemos, sob a égide do neoliberalismo, que tem influência radical na vida de cada um de nós, não apenas do ponto de vista social, mas também do ponto de vista psíquico. Nele a economia e o mercado se destacam, ocorrendo o enaltecimento do individualismo, tendo como projeto a homogeneização de todos, incluindo subjetividades e percepções.

Junqueira (2001) ao apresentar o modelo de sistema de saúde que vem sendo defendido e implementado pelo governo federal, no que tange a Reforma do Estado em nosso país a partir de 1995 nos diz que:

> *Essa proposta de gerenciamento tem como pressuposto explícito a ideia de ser o mercado o mecanismo de controle mais eficaz na alocação de recursos, e estes mecanismos do mercado – leia-se competição – deveriam ser transportados também para as áreas sociais. Entre a eliminação do setor produtivo estatal – por meio de privatizações – e a manutenção do chamado núcleo estratégico do Estado – Justiça, Organização Tributária e Fiscalização Fazendária, a anunciada inovação gerencial propõe, para as áreas chamadas sociais, a criação de Organizações Sociais (OS) como entidades supostamente sem fins lucrativos. Essa verdadeira contrarreforma vem se opor aos avanços do projeto de Reforma Sanitária no*

> *Brasil, que ... conseguiu inscrever na Constituição de 1988 um compromisso com a universalidade dos direitos sociais"* (pp.24-25).

Após pouco mais vinte anos de implantação não podemos prever o que acontecerá com o SUS, o que fica claro é que há uma crise, com crescente privatização de serviços através das Organizações Sociais de Saúde. Os profissionais que se mantém como funcionários concursados sofrem com a baixa remuneração e com a falta de incentivo à carreira, não auxiliando, assim, na adesão aos programas propostos para a área. Seria importante a revitalização das discussões de temas que envolvem a área da saúde, incluindo não apenas os trabalhadores, mas também os formuladores de políticas públicas e a sociedade civil e assim alterar o curso da história.

A inserção do psicólogo no serviço público de saúde

A ampliação do quadro de profissionais da Saúde Pública, justificando as diretrizes para a formulação de uma nova política de recursos humanos, a resolução nº. 218 do Conselho Nacional de Saúde reconhecem como profissionais de saúde de nível superior os assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais (Oliveira, 2005). Ocorrendo, assim, a inserção do psicólogo na ampliação do quadro profissional na área da Saúde Pública, compondo as equipes multiprofissionais nos serviços extra-hospitalares, incluindo a rede básica de saúde (UBS's), quando da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987 (DIMENSTEIN, 1998).

O ingresso dos psicólogos no quadro da Saúde Pública ocorreu devido à adesão desses profissionais no contexto de luta dos movimentos sociais. Neste sentido, Bock

(1999) afirma que a Psicologia advogou em causa própria, defendendo a profissão como parte do espectro do campo da saúde. Segundo Dimenstein (1998) e Vasconcelos (1999) as reivindicações aconteceram no momento em que o mercado de trabalho para o profissional liberal mostrava-se em retração, o que impulsionou um contingente expressivo de psicólogos para agências institucionais.

Outro aspecto relevante, naquele momento histórico, foi a chegada dos ecos da reforma psiquiátrica no Brasil, que apontava para a importância de se ter psicólogos atuando junto aos usuários dos serviços de saúde mental. Aliado a isso, a difusão social da psicanálise e a cultura psicologizante proporcionaram uma disseminação da Psicologia no país, findando por contribuir para o ingresso de psicólogos nos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA, 2005).

Isso mostra que o psicólogo não se insere no campo da Saúde Pública por adesão ao movimento instaurado e sim movido pelo contexto social vivido pela profissão. E quando contratado, salvo alguns casos, transpõe o seu saber e a sua experiência privada para o âmbito público, fazendo um ajuste teórico e técnico, em geral psicanalítico, seguindo – na área Pública - o modelo de atuação próximo ao do profissional liberal (DIMENSTEIN, 1998).

Oliveira (2005) nos diz que há na atividade do psicólogo no serviço público de saúde uma desvinculação dos princípios norteadores do SUS, que pela lógica deveriam pautar a atividade desses profissionais. Aponta a dificuldade que o psicólogo tem de ultrapassar as concepções individualistas e psicologizantes em virtude da sua cultura profissional e, afirma ainda, que a *"não adoção do conceito de saúde que implicaria uma concepção e atenção diferenciadas, equânimes e preventivas, dificulta as ações*

que diferem do modelo assistencial-curativo, reinante no ordenamento das políticas e nas ações de saúde" (p.78).

Os currículos dos cursos de formação de psicólogos, que são à base de sua cultura profissional, mostram-se inadequados à realidade sanitária do país e o obstáculo que essa formação profissional tem gerado às políticas de saúde se mantém, já que pouco foi alterado no conteúdo dos currículos nos últimos anos. Não sendo possível, ainda, ver na prática algum tipo de mudança no modelo tradicional de atuação – pois, de acordo com estudos, é muito marcante a prática psicoterápica focalizando o indivíduo isolado do seu contexto social (DIMENSTEIN, 1998; BASTOS, 1999, OLIVEIRA, 2005), o que facilita o processo de medicalização.

Para uma alteração no modelo profissional é imprescindível que haja uma reforma curricular que auxilie na criação de novas formas de atuação, implicando diretamente na mudança dos currículos das faculdades que formam profissionais para essa área, pois, até agora não houve progressos nesse tema na área de saúde (LUZ, 1994). Sendo importante assinalar que, no caso dos psicólogos, novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas, o que leva ao questionamento de seus saberes, incluindo referenciais teóricos, modelos assistenciais e adequação à realidade do SUS (DIMENSTEIN, 1998).

Há, ainda, muito a fazer para reverter o quadro atual, pois dependemos da revisão das Políticas Públicas em Saúde e, também, da revisão dos currículos dos cursos que formam especialistas para a área da saúde, em nível de graduação e pós-graduação, que interferem diretamente no modelo de atuação desses profissionais.

A saúde escolar no Brasil e os serviços de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's)

A psicologia aplicada às práticas educacionais tem origem no final do século XIX, onde educadores e cientistas do comportamento estavam empenhados em classificar crianças com dificuldades escolares e propor aos alunos métodos especiais de educação, com a finalidade de ajustá-las aos padrões de normalidade definidos pela sociedade em questão. (YAZLLE, 1997, p. 15).

A psicologia escolar no Brasil teve como base a saúde escolar, datada do início do século XX. Conforme apontado por Lima (1983), a mola propulsora foi o movimento médico e nele a preocupação com as condições mais propícias à reprodução e melhoria da raça humana. Com isso, esses profissionais pretendiam intervir em todos os aspectos da vida, controlando e "medicando", via instituição escolar, toda a sociedade. Ainda segundo esse autor:

> *A individualização da educação pela Higiene Escolar ia ganhando um nítido caráter de classe. (...) Essa educação, esse movimento moral, devia ser no sentido da normalização das vidas pela elite dirigente, que não deveria perder seu poder de comando"* (p.126).

Historicamente a Saúde Mental do Escolar em São Paulo, conforme nos informa Arruda (1939, p.5), foi oficializada em 28/12/1938, por intermédio da Secção de Higiene Mental Escolar, do Departamento de Educação. Seu idealizador e orientador foi o Dr. Durval Marcondes e sua criação deu-se por decreto. Esse órgão tinha, por *"finalidade essencial combater os fatores psicopatogênicos que atuam durante a infância, prejudicando ou impedindo o sadio desenvolvimento das funções mentais da criança"* (ARRUDA, 1939, p.5).

O relatório escrito por ele, que ora apresentamos, é resultado de um comunicado ao Primeiro Congresso Latino-Americano de Saúde Mental ocorrido em São Paulo e visava demonstrar ao Estado, ao Brasil e também aos países estrangeiros o que, àquela época, vinha sendo desenvolvido em termos de Saúde Mental da Criança Escolar, no Estado de São Paulo.

Ao percorrermos esse documento, percebemos a preocupação desse órgão tanto de diagnosticar e tratar "distúrbios" do ponto de vista médico, psicológico e pedagógico imputados ao escolar - inclusive aos alunos considerados deficientes mentais - quanto de promover cursos e estágios; publicações e palestras; e desenvolver pesquisas referentes ao tema. (ARRUDA, 1939)

Informa-nos dos "problemas psíquicos da infância", descrevendo-os em pormenores para que possam ser identificados. Mostram, também, quais eram as instituições existentes, em que horários efetuavam seus trabalhos e quais escolas eram suas referências.

Os consultórios psicológicos escolares estavam a cargo de um psicologista - dado à inexistência da profissão de psicólogo - considerado um profissional polivalente, trabalhando sob orientação e supervisão psiquiátrica da Clínica Central da Secção de Higiene Mental Escolar**.** Esses psicologistas atendiam, no máximo, dois casos de "crianças-problema" por dia, reservando uma hora à orientação terapêutica. O documento informa que ficava dividida em quatro partes a tarefa desse profissional: *"uma destinada ao trabalho de determinação do nível intelectual das crianças consideradas 'normais'; outra para exame das classes especiais; outra para atender as 'crianças-problema'; e outra para a orientação psicológica dos pais, professores ou outras pessoas."* (ARRUDA, 1939, p.22).

Existia, ainda, uma preocupação em se promover uma legislação especial para a educação de "crianças deficientes mentais"**,** isso em função da alegação de que a legislação vigente naquela época era precária, do ponto de vista prático, tanto para a organização quanto para a manutenção dos serviços daquela natureza. A razão básica apontada era a da "profilaxia criminal e mental". Em relação a isso aponta que: *"(...) se a sociedade não mantiver as crianças deficientes mentais ocupadas numa maneira construtiva durante os anos de vida escolar, elas, quando adultas, de maneira destrutiva, manterão a sociedade ocupada"* (ARRUDA, 1939, p.24). As ideias de caráter eugênico atravessam esse documento.

Não podemos esquecer que Marcondes foi quem difundiu a teoria de Freud no Brasil, tendo inclusive colaborado com a tradução da obra do criador da psicanálise para o português. Foi professor de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo e presidente da Associação Brasileira de Psicanálise. Isso justifica o fato de o referencial teórico norteador do trabalho das Clínicas de Higiene Mental do Escolar ser psicanalítico, já que esse era o aporte teórico de seu idealizador e orientador.·.

Patto (1984), ao se referir ao trabalho desenvolvido por esse órgão, observa que:

> *"(...) as clínicas de orientação detinham-se, sobretudo na investigação de problemas situados nos alunos (neurológicos, psicológicos, fonoaudiológicos, psiquiátricos), o que permite caracterizá-las como consultórios clínicos baseados num modelo médico de atuação. A dinâmica institucional, a relação professor-aluno, os métodos e conteúdos do ensino, enquanto dimensões inscritas num todo social marcado por relações de poder, não eram levados em conta em suas atividades e reflexões. Em outras palavras, a escola, seus procedimentos e objetivos não eram objeto de questionamento, nem mesmo enquanto variáveis que poderiam gerar problemas de aprendizagem e de ajustamento. Cabia aos serviços terapêuticos nas várias áreas levar a criança a adquirir condições de adequar-se a exigências escolares não questionadas ou trabalhadas.*

> *A orientação dos professores era feita com a finalidade precípua de obter sua colaboração junto às crianças-problema"* (p.11).

Queremos frisar que os higienistas criaram dispositivos médicos organizados para o uso escolar, neles os professores foram capacitados como investigadores do corpo dos alunos. Assim nasce e se desenvolve o olhar clínico do mestre e o estabelecimento da relação entre doença e não aprender no ambiente escolar. Portanto, há uma ampliação dos profissionais que se atem as dificuldades escolares, as instituições saúde e educação unem forças para combater a "doença do não aprender", localizadas nos corpos dos escolares, produzida pelo discurso do especialista (REGO MONTEIRO, 2007). Trata-se da medicalização da educação em ação.

Retomando a revisão histórica, as Clínicas de Higiene Mental do Escolar foram às precursoras do Serviço de Saúde Escolar, criado pelo decreto 17698, de 1947. Segundo Boarini (1993), em 1954 ocorre uma ampliação e reorganização desse tipo de serviço, mantendo-se e enfatizando-se os consultórios psicológicos próximos às escolas, que se mantinham com os mesmos princípios e objetivos das Clínicas de Orientação Infantil, criadas no início do século XX, de ideal eugênico.

É importante ressaltar que em 1953 é criado o Ministério da Saúde, fato que desvincula as instituições Saúde e Educação (BOARINI, 1993, p.53). Logo após, nos primeiros anos da década de 1960, dá-se o "ocaso" da Escola Nova[2], pois com o golpe militar de 1964 os ideais escolanovistas já não dão conta das questões, cada vez mais complexas, da sociedade urbano-industrial daquele momento histórico.

[2] O movimento da "Escola Nova" propunha um novo olhar sobre a escola, contrapondo-se ao da escola tradicional, significando um processo de remodelação das instituições escolares, como consequência da revisão crítica da problemática educacional. Neste ideário, a escola era vista como carregada de recursos ilimitados, propiciando o desenvolvimento tanto das coisas humanas como do progresso da humanidade. O ideal escolanovista era o de formar cidadãos comprometidos com a nação, colaborando com a submissão da sociedade ao poder instituído.

Nesse cenário, instala-se nas escolas o tecnicismo, a serviço da racionalização, eficiência e produtividade, com a finalidade de manter a ordem dada pela autocracia burguesa. Boarini (1993) nos diz que:

> *"Com esta nova determinação os meios de comunicação e as técnicas de ensino (enfoque sistêmico, microensino, a instrução programada, as máquinas de ensinar, etc.) passam a ocupar lugar de destaque como formas de implementação ou de viabilidade no processo educativo brasileiro. A objetividade e a neutralidade científica passam a ser 'a palavra de ordem'. Neste cenário, surge a figura do técnico especializado, neutro e consequentemente imparcial que ficará responsável pelo planejamento, coordenação e controle do processo educativo, tendo como orientação principal a ORGANIZAÇÃO RACIONAL. Aos professores e alunos cabe a tarefa de execução do trabalho pedagógico. É o taylorismo invadindo a escola."* (pp. 59-60).

Na década de 1970, é criado o Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), regulamentado em 1976 pelo decreto 7510 e vinculado à Secretaria de Estado da Educação até 1987, ano em que se criou o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), quando os serviços de atenção ao escolar se tornaram de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde e seus serviços passaram a serem efetuados, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Esses se mantêm até os dias de hoje, mas vinculados a Rede Municipal de Saúde, já que esses serviços foram municipalizados.

Atualmente, no âmbito estadual, existe um Projeto de Lei (PL) tramitando em São Paulo, a ser sancionado ou vetado pelo governador Geraldo Alckmin. Trata-se da lei estadual 442/2007 que foi aprovada na Assembleia Legislativa, esta autoriza o Poder Executivo a implantar, nos quadros funcionais das instituições públicas de Ensino, os cargos de psicólogo (a), psicopedagogo (a) e assistente social, revogando a lei nº 10.891, de 20 de setembro de 2001 que não trazia em seus objetivos a possiblidade de

intervenção, que consta dentre os objetivos do projeto de lei de 2007. O PL 442/2007 traz em seus dois primeiros artigos as seguintes descrições:

> ***Artigo 1º*** *- Fica o Poder Executivo autorizado a implantar, nos quadros funcionais das instituições públicas de Ensino de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio, os cargos de* ***Psicólogo, Psicopedagogo e Assistente Social****,* ***com o objetivo de diagnosticar, intervir e prevenir problemas de aprendizagem****, tendo como enfoque o aprendiz, sua família e a própria escola estadual.*
> ***Artigo 2º - A assistência a que se refere o artigo 1º deverá ser prestada nas dependências da instituição durante o período escolar****"* (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2013. GRIFOS NOSSOS*).*

O Conselho Regional de Psicologia 6ª. Região - São Paulo – publicou a notícia em seu site e afirma que solicitou uma audiência junto ao governador para discutir o PL. Diz que pedirá a sanção do mesmo e que segue mobilizado para que este seja aprovado e se concretize, alegando que a presença desses profissionais nas escolas é muito importante para uma educação pública de qualidade no estado. Entre as razões citadas está a necessidade de "(...) *intervenção em situações de exclusão, violência, preconceito e negligência, patologização dos comportamentos e medicalização, propiciando um espaço de práticas emancipadoras*".

O que não sabemos, em caso de sanção, é como esses profissionais trabalharão as questões escolares geradoras de problemas e, ainda, se haverá uma reprodução dos ideais higienistas do início do século XX, de caráter medicalizador, tão presentes nessa área de atuação até os dias de hoje. O que sabemos é que, se aprovada, a lei tirará da área da saúde a responsabilidade de intervenção sobre as queixas escolares, podendo ser um avanço ou não, dependendo da forma de atuação adotada pelos profissionais a serem alocados nas escolas.

Com base em nossa pesquisa, experiência profissional na área e trabalhos escritos sobre o tema, até o início do século XXI as UBS's continuam respondendo pela demanda escolar, adotando um referencial que pouco se diferencia do preconizado no final da década de 1930, voltado para a patologia do indivíduo, sua classificação e eventual tratamento (BASTOS, 1999; SOUZA, 2006; MARÇAL e SILVA, 2006; BRAGA e MORAIS, 2007).

Bernardes (2008) afirma que os alunos, em geral das camadas populares, com dificuldades de aprendizagem ganham visibilidade através da falta – sua não adequação a escola é que lhe dá visibilidade – e quando isso ocorre transformam-se em casos clínicos. A autora ainda afirma parecer que a escola por não saber educar os seus alunos recorrem aos pais que, por sua vez, em geral indicados pela escola, recorrem ao psicólogo. Portanto, buscam-se soluções individuais para problemas sociais levando a implosão das paredes das escolas, permitindo a entrada de "tecnologias psi" no cotidiano escolar. A autora questiona se a libertação possível dos alunos é a patologização.

Neste caso, buscam-se soluções para as dificuldades de aprendizagem tanto nas clínicas médicas como nas psicopedagógicas. Sendo assim, observa-se um jogo de forças onde *"a instituição escolar, ao realizar pré-diagnósticos psicologizante [e] biologizante (...) de seus alunos, desincumbe-se da responsabilidade pelo ensino delegando-a, muitas vezes, para outras instituições"* (BERNARDES, 2008, p.95).

A questão que se coloca é que as instituições de saúde, sobretudo os psicólogos, aceitam essa delegação de poder, transformando em casos clínicos - numa clínica tradicional, no modelo biomédico - os alunos que lhes são encaminhados, isso justificado pela formação e cultura profissional. Com isso, permanecem inalterados os problemas inerentes à escola e os alunos acabam por carregar o estigma a eles impostos (BASTOS,

1999). Com isso o psicólogo concorre para a promoção da medicalização da vida e colabora na fabricação de subjetividades medicalizadas (REGO MONTEIRO, 2007).

Castanho (1996) nos diz que *"é certo e inegável o fato que a escola pública trata mal sua clientela"*. Essa autora continua a nos alertar afirmando que *"a elaboração dos planejamentos e dos currículos se baseia no conjunto de expectativas normativas dos setores sociais dominantes na sociedade"* (p.95). Contudo essa critica nem sempre é levada em conta quando se coloca um aluno em atendimento psicológico.

Souza (2005) ao estudar os prontuários produzidos por clínicas-escola em instituições de ensino superior no curso de psicologia nos informa que, após analise desses prontuários, verificou-se que através de psicodiagnósticos se chegou à conclusão que o fracasso escolar de crianças e adolescentes ocorriam devido a questões emocionais de origem familiar, inexistindo informações sobre a relação institucional produtora da queixa. Com isso acaba-se fixando que o problema está no aluno, em seu psiquismo e em suas relações familiares. Desta forma a psicologia mostra-se a serviço da exclusão social dos alunos encaminhados a este tipo de atenção.

Em nossa pesquisa de mestrado (BASTOS, 1999) observamos que apesar de existir uma equipe de saúde mental nas UBS's a demanda escolar é endereçada, sobretudo, ao psicólogo, por ser esse o profissional que efetua psicodiagnósticos. Na mesma pesquisa encontramos dados sobre o "perfil de morbidade" dos escolares atendidos nas UBS's. São eles: dificuldades ou distúrbios de aprendizagem; agressividade; desatenção; dificuldade de relacionamento com os colegas; medo de ir à escola; repetência constante; desinteresse nos estudos; lentidão e distúrbios de comportamento mais acentuados. Ao analisarmos mais detidamente esses dados encontramos a patologização da criança que ocorre, em geral, sem que o profissional que

realiza o atendimento ao aluno se dirija à escola para conhecer o que gerou os respectivos "distúrbios".

Como justificativa para a referida ação, encontramos na pesquisa de Silva (1988), sobre o trabalho dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde, a afirmação de que *"não podemos esquecer que a imagem social do profissional de saúde mental tem sido a de psicoterapeuta, tanto para a população em geral, quanto para os integrantes da instituição. Essa também é a autoimagem da maioria dos profissionais da área"* (p.151-152).

O modelo de atuação que o psicólogo carrega desde a sua formação é inspirado no do profissional liberal, no enfoque biomédico - muitas vezes patologizante - mas a atenção destinada ao aluno, quando efetuada no serviço público de saúde, tem outra característica, a saber: *"tem uma cara diferente do clínico que você vê em consultório [particular] ou coisa assim"* (BASTOS, 1999, p.78), ou ainda, *"essa espécie de psicanalistas de pés descalços que praticam uma clínica muito mais complexa do que a do consultório"* (LANCETTI, 2000, p.51).

Conforme apontado anteriormente, os profissionais transferem para o serviço público de saúde o saber adquirido no curso de graduação, fazendo ajustes no trabalho devido a grande demanda que lhes bate a porta. Nesse sentido Leite (1997) afirma que

> *"(...) a entrada do psicólogo em novos campos de atuação profissional tem exigido respostas para problemáticas até então desconhecidas no campo de formação acadêmica delineando-se, assim, questões relativas à própria identidade profissional nos campos de trabalho recém-construídos. Esse fato tem, por outro lado, exigido das instituições formadoras uma ampliação dos debates neste campo, além de novas propostas curriculares que acompanhem efetivamente as novas exigências do contexto social"* (p.35).

Por outro lado, Souza (2005) nos alerta que embora durante a formação acadêmica os psicólogos tenham tido disciplinas que analisem a queixa escolar em uma perspectiva piagetiana ou psicanalítica e, ainda, disciplinas que façam leituras institucionais, esse saber não é transferido quando se atende uma criança com a referida queixa. A autora trás como hipótese que a concepção diagnóstica e terapêutica do supervisor, ou do grupo de supervisores, é a priorizada quando dos atendimentos na clínica-escola. Não se contrapondo, assim, a outros saberes acumulados ao longo do curso.

Mais uma vez, nos encontramos reféns da formação acadêmica dos profissionais, questão que poderia ser resolvida com uma efetiva formação em serviço. Dizendo de outra forma, se a mudança nos currículos de graduação e das formas de atuação propostas nos estágios supervisionados depende do aval dos formuladores de políticas para a sua adequação à realidade sanitária brasileira, quando os profissionais estão atuando nos serviços públicos de saúde poderiam obter formação paralela em cursos voltados à área da Saúde Pública, formação que atualmente quase não ocorre. Com isso, os alunos continuam sendo transformados em pacientes em potencial, pois muitas vezes ocorre de se individualizar os problemas sociais, patologizando-os.

Experiências isoladas de atuação dos profissionais de UBS's em Delegacias Regionais de Ensino (DRE) e escolas nos mostram que um trabalho diferenciado pode ocorrer, quer auxiliando na reflexão dos problemas identificados no ambiente escolar ou colaborando na percepção de novos caminhos para se lidar com as dificuldades que muitas vezes paralisam os atores envolvidos no trabalho cotidiano das escolas públicas (MORAIS e SOUZA, 2000).

Essas experiências bem sucedidas podem servir de exemplo para os profissionais das demais UBS's para que se saia do atendimento clínico tradicional que, muitas vezes, é voltado à medicalização e a patologização da educação, e, a partir disso, introduzir um novo fazer que leve em conta as questões da vida social, trabalhando-as. Assim se evitaria reduzi-las à lógica médica, que transforma em doença os comportamentos não aceitos e os desempenhos insatisfatórios, acabando por auxiliar na fabricação de subjetividades medicalizadas.

CAPÍTULO III

PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O estudo que apresentaremos agora visa analisar os aspectos da formação em psicologia que se mostram em descompasso com o trabalho no campo da Saúde Pública. Abordaremos, inicialmente, aspectos históricos da constituição da Psicologia enquanto ciência, bem como descreveremos estudos anteriores realizados no Brasil e que se propuseram a compreender as interfaces entre o campo da saúde pública e saúde coletiva, em especial, do Sistema Único de Saúde (SUS) em diálogo com a prática do psicólogo. Buscaremos, também, compreender se o modelo profissional obtido na formação do psicólogo, no curso de graduação, pode levá-lo a uma atuação patologizante.

Saúde Pública, na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos médicos ou não, com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Este tipo de atenção nasceu no auge da revolução industrial com a medicina social, passando pelo sanitarismo e medicina preventiva, entre outros, até chegar à crise epistemológica da nova saúde pública e a saúde coletiva. A Saúde Pública é considerada tanto na Europa quanto nas Américas como uma instituição que faz o

controle das endemias que ameaçam as ordens econômicas vigentes e também, estão voltadas ao controle social.

Por outro lado, Saúde Pública não deve ser confundida com o conceito mais amplo de Saúde Coletiva, este é um movimento que surgiu na década de 1970 contestando os paradigmas de saúde existentes na América Latina buscando uma forma de superar a crise no campo da saúde. Ela surge devido à necessidade de construção de um campo teórico-conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo científico biologicista da Saúde Pública. *"A Saúde Pública Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a Epidemiologia, o Planejamento/Administração de Saúde e as Ciências Sociais em Saúde"* (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p.63). Neste trabalho utilizaremos o termo Saúde Pública para nomear o trabalho desenvolvido na rede pública de saúde, mesmo que a atuação do psicólogo tenha como base a Saúde Coletiva.

A ciência psicológica, antecedentes, história e dicotomias: um olhar retrospectivo

Os processos e práticas psicológicas seguiram, ao longo do tempo, rígidos padrões cartesianos, identificados com as tarefas de medição e mensuração de aptidões e traços de personalidade, o que culminou por afastar, assim, a psicologia às proposições mais amplas. Recebendo influências filosóficas como também herdando o caráter cientificista e pragmático das ciências médicas, a Psicologia revela uma condição ambígua por excelência, arraigada desde sua emancipação enquanto disciplina.

Desde então, o projeto científico da psicologia (REY e GUARESCHI, 1999) buscou afirmar o status da ciência enquanto instância de saber. Essa influência gesta, todavia, um ingrediente básico para a dicotomização dos pólos hoje presentes na

referida ciência, como eu–outro; corpo-mente; privado-coletivo; saúde-doença. Porém, observa-se que a partir da crise estabelecida com o paradigma médico-clínico, em meados dos anos 1970 (SCHULTZ, 1975), a psicologia de cunho social ganha ênfase, inicialmente na academia ocupando, depois, espaços e vozes cada vez mais diversos. Desse modo, conforme Yamamoto, Siqueira e Oliveira (1997), a ampliação da atuação do psicólogo, motivada tanto pelas demandas de mercado como pelas ponderações próprias do segmento, exigem, em decorrência, *"o correspondente desenvolvimento de novos suportes teórico-metodológicos - implicando alterações substantivas na formação do psicólogo"* (p. 61).

Influenciada pelos ideais filosóficos em vigência na modernidade, surge a Ciência Psicológica no final do século XIX. Conforme Schultz (1975), a Psicologia é tributária de diversos campos de saber, que interconectados ao longo do tempo propiciaram o delineamento e sobrevivência dessa ciência ainda nos dias atuais. Um dos maiores expoentes desse grupo de filósofos inspiradores é, sem dúvida, Descartes (1596-1650), que acreditava que o pleno uso das faculdades mentais conduziria o sujeito à verdade, entendida aqui como instância absoluta, suprema e atingível.

O cientificismo cartesiano, ao prever que mente e corpo são dimensões separadas, associado ao contexto da investigação em neurofisiologia no início do século XX, contribuíram para a construção de uma concepção funcionalista acerca dos processos mentais, calcada no funcionamento dos neurônios e sua complexa interação na correspondência aos processos psíquicos (GOODWIN, 2005).

Assim, conforme Mancebo (2004), a história da psicologia é tributária deste modelo racional, que prevê a decomposição do objeto de estudo em partes que permitam a categorização e intervenção especializada. Tendo que construir estimativas

próximas aos parâmetros de “verdade” e “cientificidade”, afastando-se, desse modo, do conhecimento não científico, a Psicologia se especializa, paulatinamente, sobre os processos intrapsíquicos e sintomas do sujeito. Instaura-se, nesse momento, uma busca incessante que conduziu a psicologia a uma série minuciosa de teorizações acerca dos instintos, desejos e motivações inconscientes, aferindo, classificando e tabulando indicadores nosológicos, em busca de distinguir entre o normal e o patológico e dentre aquilo que pode ser diagnosticado e curado.

Já Goodwin (2005) afirma que, na história da psicologia moderna, o enfoque personalista e interno se sobrepõe a uma visão mais historicizada dos fenômenos, buscando interpretar os fenômenos psicológicos passados à luz de uma concepção vigente. Para superar tal lacuna, o autor propõe o exercício de contextualização dos fatos, ou, resumidamente, a postura crítica e contextualizada, que busca problematizar a realidade e os condicionantes dos modos de ser e viver na atualidade.

Retomando as influências filosóficas recebidas pela Psicologia, tributária do pensamento cartesiano, pode-se problematizar em que medida essa visão “individualista”, “estandardizada” e “psicologizante” que a Psicologia defende ecoam na sociedade contemporânea. Conforme Moscovici (2001) argumenta, os sujeitos têm nas ideias e nas representações o meio para cristalizar as interações mútuas consigo e com a cultura, formando uma "unidade superior" (p. 46).

A esta unidade podem ser atribuídos os rótulos e crenças que predispõem os sujeitos a apresentarem expectativas pré-formatadas acerca de determinados processos socioculturais e sobre modos de ser e viver, por não comportarem um processo dialógico construído no devir, tais crenças podem tornar a realidade e a identidade desse profissional distorcida. Mazer e Melo-Silva (2010) acrescentam que a imagem

compartilhada, tanto pelo senso comum, como também pelo campo científico acerca do profissional psicólogo é impregnada de representações sociais estereotipadas e rígidas.

Logo, evidencia-se a necessidade de analisar o emaranhado de significados imbuídos em todas as práxis, e não apenas operacionalizando conceitos abstratos, apreensões interpretativas da realidade. O aporte teórico a partir de Foucault nos permite refletir sobre os modos com que as técnicas foram gerando rupturas ao longo do tempo, produzindo contornos territoriais, concepções, ideologias e saberes. Em torno de um discurso que revela um “estatuto da verdade” e atravessado por um respectivo papel econômico e político (FOUCAULT, 1988, p. 13), a Psicologia promoveu antes uma visão apolítica do homem em interação com a sociedade do que uma aproximação entre as realidades interna e externa.

Porém, é interessante observar que Foucault faz menção a um estatuto de verdade, que se opõe ao conceito de verdade da modernidade. A distinção situa-se, basicamente, na pressuposição de que o racionalismo e seus objetos de estudo são processos de legitimação de saberes e, portanto, constituem-se enquanto forças hegemônicas. Convém ressaltar ainda que esses vetores coercitivos operam em níveis macro, meso e micropolíticos, estando distribuídos em sistemas ou campos de disputa, exclusão e poder. Estão incluídos nessa seara os jogos coercitivos do Estado, bem como aqueles que operam para baixo, ao lado ou mesmo acima desta instituição, o que chamou esse autor de “as instituições de sequestro”. Nestas, o objetivo primordial é diminuir o poder dos sujeitos, de separar "*aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm*” (IDEM, IBIDEM, p. 124).

O autor nos permite problematizar alguns aspectos das instituições, como as unidades de saúde e os governos, por exemplo, à luz de uma vertente pós-estruturalista.

Do nível molecular – sujeito - ao molar – instituições - perpassa essa representação coletiva e social acerca das concepções sobre valores, comportamentos e saberes em uma determinada cultura, em dada época. Ou ainda os aspectos em comum que perpassam esses fenômenos e sujeitos discursivos, que compartilham, para o autor, de um dado contorno, um feixe mais ou menos ordenado; algo que dá forma e caracteriza, por assim dizer, os territórios e as instituições, bem como seus respectivos jogos e códigos de poder (IDEM, IBIDEM).

Além disso, na obra ”Em Defesa da Sociedade”, esse autor diz que há processos excludentes que têm por função a sustentação de hierarquias desiguais (IDEM, 1999). Logo, a ação psicológica que se engaja, realmente, com seu compromisso político detém a função de problematizar essas práticas e desconstruir esses discursos apriorísticos. Nesse sentido, Coimbra e Nascimento (2001) sublinham que os saberes, enquanto uma materialidade composta por ações e acontecimentos opera como *“dispositivos políticos articulados com as diferentes formações sociais”* (p. 246). Conforme as autoras, no campo das operações de inclusão e exclusão, há o predomínio de forças hegemônicas naturalizantes, que muitas vezes rechaçam com vigor todo e qualquer argumento crítico ou que possa, mesmo que razoavelmente, incitar ao questionamento e postura reflexiva acerca da “realidade social”.

A Psicologia e a Saúde Pública: uma aproximação com o Sistema Único de Saúde

Sustentado sob o aporte teórico da Saúde Coletiva emerge, no Brasil, o movimento reivindicatório conhecido por Reforma Sanitária. Para Dimenstein (1998), tal acontecimento marcou, antes de tudo, uma luta pelos profissionais da saúde contra a privatização do setor, forma encontrada para resistir à sucumbência das pressões neoliberais em vigor no país.

Paralelo a isso, desenvolveu-se uma vertente crítica que considera o ser humano em suas dimensões biológicas, sociais, psíquicas e ecológicas, considerando a saúde e a doença enquanto processos complementares. Assim, compreende-se saúde como uma produção e compartilhamento de concepções sobre os danos à saúde em suas diversificadas formas de expressão em uma dada cultura, em um dado período (TAMBELLINI, 1995). Bernardes (2010), em seu texto "Psicologia e saúde: interrogando práticas psicológicas", nos diz que é *"(...) na ausência da doença que podemos visibilizar a saúde, ou seja, o que deu espessura à saúde foi a própria doença"* (p.25) Essa autora também postula que.

> *"(...) A Psicologia, ao objetivar a Saúde, forja um campo de imprevisibilidade técnica quando esta se constitui por novos agenciamentos. Esses novos agenciamentos não se encontram no campo da ciência especificamente; encontram-se em territórios existenciais forjados nos limites das possibilidades de acesso a condições de vida. A imprevisibilidade reside justamente nas experiências, mas não de estar vivo, e sim de insistir em viver. Essa insistência do viver constitui modos de cuidados de si e do outro como exigência de decisões ético-estéticas. Um cuidado que tem no outro, na alteridade, o fio condutor de qualquer prática"* (Bernardes, 2010, p. 31).

Focalizando a formação em Psicologia, Campos, Largura e Jankovic (1999) sublinham que esta área do conhecimento, no Brasil, foi e continua sendo perpassada por três campos: clínica, escolar e do trabalho. Contudo, tais campos nos permitem problematizar e não tomar o dado pronto, mas sim de modo sistêmico e aberto a proposições. De acordo com essas autoras, esse fracionamento dos saberes pode, já durante o período de graduação, comprometer o futuro profissional do estudante e contaminar, por assim dizer, as práxis do profissional psicólogo (CAMPOS, LARGURA e JANKOVIC, 1999). São inúmeras as razões que sustentam tal inferência, uma vez que os saberes hegemônicos da Psicologia baseiam-se em acepções distorcidas sobre o sujeito, ignorando o caráter relacional e simbólico do indivíduo.

É preciso ter em mente que as transformações que ocorreram no Brasil a partir dos anos 1980, como a alta taxa de migração para grandes centros, a evasão do campo e a onda de políticas neoliberais formaram o "pano de fundo" para as reivindicações no campo da saúde. Segundo Benevides (2005) o SUS foi sem dúvida, o movimento que se firmou como resistência à privatização da saúde e, ainda, que *"resistir à privatização, da saúde, da vida é tarefa para muitos, é tarefa para todos nós"*. Essa autora completa o seu raciocínio dizendo que *"(...) cabe a nós, psicólogos, decidir com que movimento nos aliamos, quais movimentos inventamos, quais intercessões fazemos entre a Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas"* (p. 24).

Daneluci (2010) ressalta ainda para alguns desdobramentos adicionais que podem ser feitos quando se toma em análise o campo da Saúde Coletiva. Inicialmente, pode-se pressupor que, na medida em que enunciamos a palavra coletiva, presume-se uma questão de igualdade, equidade e direito de cidadania. Do mesmo modo, a estudiosa argumenta que cerca de oito em cada dez brasileiros é usuário do Sistema Único de Saúde, sendo que a apenas 20% é conferido o privilégio de assistência privada. Assim, no referido texto, a autora revisita tópicos marcantes na Reforma Sanitária brasileira e questões que correram em paralelo à emergência da atual concepção assistencial no país.

Dessa maneira, podemos pressupor que o ensino e prática no campo da assistência primária em saúde decorrem de uma demanda empírica, vivenciada nessas unidades através das interlocuções de profissionais e cidadãos. Freire (2010) salienta que a inserção de psicólogos nessa área configura-se hoje uma realidade, embora algumas lacunas teóricas importantes ainda se façam presentes.

Dimenstein (1998) buscou analisar em que circunstâncias ocorreram à inserção do psicólogo no campo da Saúde Pública e, sobretudo, na saúde mental. Para a autora, um dos vetores que pode ter contribuído para um maior contingente de profissionais envolvidos no setor é o mercadológico, na medida em que as pressões do mercado de trabalho passaram a centrifugar os profissionais da clínica, impulsionando para outros campos de atuação. A autora comenta que, dentre esses novos campos, o da *"assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, principalmente a partir do final da década de 1970"* (DIMENSTEIN, 1998, p. 55).

Desse modo, alguns pontos foram fundamentais para o ingresso da Psicologia nas instituições públicas de saúde no Brasil. Dentre estes, pode-se citar a influência do contexto social sobre as políticas públicas, ainda mais no que tange à provisão de mão-de-obra entre os anos 1970/1980, bem como redução do mercado de saúde privada com a emergência da crise econômica nesse mesmo período no país (DIMENSTEIN, 1998).

No Brasil, o temário da promoção de condições igualitárias de acesso aos serviços de saúde ganhou força com as transformações mencionadas anteriormente, que, de certo modo, foram decisivas para a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, bem como fomentaram a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema nacional de saúde sustenta-se sob os princípios da integralidade da atenção e também da participação popular nesses processos, o que suscitou a necessidade de se repensar teorias e discursos sobre a educação em saúde, saúde coletiva e coparticipação (OPAS/OMS, 1998).

Os cursos de psicologia no Brasil e as competências para a atuação no Sistema Único de Saúde

Freire (2010), em sua pesquisa de mestrado, vinculada a Universidade Federal da Paraíba, diz que todos os psicólogos que atuavam nos serviços de assistência primária em saúde (UBS's), quando da coleta de dados, foram convidados para participar do seu estudo, num total de 20 profissionais. A pesquisadora realizou entrevistas em profundidade com a população-alvo, por meio da aplicação de um questionário sócio laboral e entrevistas. Posteriormente, foram realizadas análises descritivas sobre características sócio demográficas desses profissionais, bem como análise do conteúdo para a categorização e discussão dos achados das entrevistas. Na redação dos resultados, destaca-se que a maioria dos profissionais referiu que durante a formação inicial - graduação em psicologia, o foco foi preponderantemente na atuação e intervenção clínica e individual. Alguns profissionais, entretanto, revelaram que a participação em atividades extracurriculares, focadas no âmbito da Saúde Pública, configurou-se como um diferencial para a adequada execução das atividades na atenção primária.

Essa autora também observou que dentre os motivos que levam o psicólogo a atuação no âmbito da Saúde Pública são a inserção profissional e a identificação com a função a ser desempenhada. Ela salienta que profissionais mais jovens vem contribuindo para a superação de deficiências no âmbito da inserção e prática psicológica na atenção primária. Desse modo, embora a formação universitária ainda se apresente precária ante aos desafios urgentes para o preparo do profissional para atuar nesse âmbito, mudanças significativas mostram-se em curso (Freire, 2010).

A concepção individualista que, desde a graduação, acompanhará o profissional em sua práxis é excludente por natureza, contrariando os preceitos do próprio Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, por não serem conteúdos muitas vezes incluídos na graduação em psicologia, os aportes da Análise Institucional, conforme Bernardes

(2010) poderia suprir ou, em parte, contribuir para amenizar tal hiato entre academia e demandas do social.

Fermino et al. (2009) também constataram que, devido aos saberes excessivamente clínicos e individualizantes transmitidos durante os cursos de graduação em psicologia, muitos profissionais esbarram em dificuldades quando ingressam no campo da Saúde Pública. Os autores elencam que, para além da competência requerida, muitos profissionais demonstram sequer informações mínimas sobre o funcionamento de redes assistenciais de prevenção e promoção à saúde.

No estudo de Campos, Largura e Jankovic (1999), que contou com a participação de 44 estudantes, os autores buscaram conhecer as motivações, tendências e interesses teóricos dos graduandos em distintos momentos da formação em Psicologia. O que os pesquisadores observaram foi que o interesse pela área clínica aumenta durante o período da graduação, sendo que algumas hipóteses são sugeridas para compreender o fenômeno, como os estereótipos e o "*status* social da psicologia clínica" (p. 41), bem como em decorrência da formação generalista, que pode privilegiar o campo clínico em detrimento a outros saberes que constituem a prática psicológica, mas que, por razões históricas, elegem determinado formato como o "ideal" e representativo de uma prática profissional.

Oliveira et al. (2004) debatem que a cultura psicologizante, do modo como se apresenta nos dias de hoje, deixa a desejar no que tange à sua aplicabilidade na Saúde Pública, pois subjaz a noção preponderante de que psicoterapia é sinônimo de prática psicológica. Nesse sentido, ao se analisar a atuação do psicólogo em relação às diretrizes do SUS, vê-se que os princípios de universalidade, equidade e integralidade não se aplicam à Psicologia. Os autores afirmam ainda que

> *"(...) são muito frequentes os casos de 'tratamento' que se prolongam por anos, e são muitas as queixas – de profissionais e usuários – da demanda crescente e não atendida. O interessante é que para os psicólogos essa demanda reprimida é sinal de sucesso no trabalho, de aceitação, e não de ineficiência quanto à acessibilidade. Por outro lado, o sistema de procedimentos referenciado pelo SUS prevê e remunera de maneira diferenciada os atendimentos individuais, que no caso da psicologia são sinônimos de psicoterapia" (*p.85).

Daneluci (2010) buscou investigar a atuação dos psicólogos junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região de São Paulo. A autora fundamenta a importância do estudo ressaltando que a saúde, enquanto conceito e constructo, em paralelo às transformações socioculturais de uma dada época modificam-se. Assim, através da escuta e inferências possíveis dos relatos coletados com profissionais atuantes no contexto, a autora observou que, do total de três psicólogos entrevistados, houve preponderância de discursos que remetiam ao distanciamento teórico prático entre formação e mercado de trabalho, à medicalização sem precedentes da saúde, dentre outros tópicos.

O estudo de Mazer e Melo-Silva (2010) teve o objetivo de conhecer e problematizar alguns aspectos que perpassam a formação do profissional psicólogo no Brasil. Para alcançar os objetivos, depreenderam uma revisão bibliográfica sobre os tópicos da identidade profissional e a formação do psicólogo. Os achados e discussões versaram, além de outros aspectos, para a dissociação entre o coletivo e a esfera da vida privada, repercutindo em práticas também dissociadas que são sustentadas por representações estereotipadas sobre a "identidade do psicólogo" .

A respeito disso, o currículo vem sendo um dos aspectos que dificultam a ampliação da visão e concepção de sujeito. De certo modo, é ele – o currículo, um dispositivo a serviço da manutenção de um sistema, que envolve saberes hierarquizado

e, enquanto corpus institucional científico situa-se em um campo de disputas e jogos por poder. Os autores citam ainda a importância da experiência de estágio como um exercício e experimentação da identidade associada com a profissão de psicólogo.

Nessa mesma proposição, encontramos outros estudos que relatam a experiência de estágio como um dispositivo que vem a suprir carências não atendidas durante a formação em psicologia no contexto universitário brasileiro (REIS e GUARESCHI, 2010; SCORSOLINI-COMIN, VILELA-SOUZA e SANTOS, 2008).

Reis e Guareschi (2010) se voltam para a formação em Psicologia em relação à interface com as políticas públicas e, analisando a formação nessa área do conhecimento, as autoras sublinham que a assepsia, o tecnicismo e a postura descomprometida perpassam os processos de transmissão de conhecimentos em Psicologia. No texto, depreende-se que não é fornecido ao estudante condições para que possa agir de modo crítico diante dos fatos, de modo a não tomar a realidade como algo dado, mas sim em mutação constante e multifacetada.

Pires (2008) também acrescenta o foco demasiadamente teórico do curso de Psicologia e a necessidade de incluir, de modo precoce, disciplinas que possibilitem a prática e o exercício da profissão. Já Yamamoto, Siqueira e Oliveira (1997) postulam que a formação em Psicologia deve privilegiar uma análise contextual dos fenômenos e "práticas psi".

Desse modo, é necessário que a subjetividade seja entendida enquanto uma instância plural e polifônica, não apriorística e co-construída (BENEVIDES, 2005). É preciso, desse modo, aproximar os cursos universitários de uma visão política e comprometida da Psicologia, e desenvolver os alunos para que possam desnaturalizar os

condicionantes culturais, ideológicos e políticos que perpassam as instituições e os jogos entre sujeitos.

Ou seja, significa por em discussão os impactos das novas formas de sociabilidade, os imperativos neoliberais inscrevendo modos de subjetivação na contemporaneidade. Porém, tal discussão implica, também, compreender o sujeito enquanto instância ativa - ator social.

Foucault, (1988), ao questionar sobre qual vanguarda teórico-política se quer *"entronizar para separá-la de todas as numerosas, circulantes e descontínuas formas de saber"*, busca enfatizar a importância da compreensão das interações entre indivíduos e entre estes com a sociedade e com as instituições sob um viés sistêmico, multicausal e não linear (p. 172). A despeito disso, convém aqui introduzir um questionamento sobre os operadores sociais e históricos que, através das instituições encarregadas da formação acadêmica dos profissionais, legitimam aspectos preponderantes em voga nas sociedades disciplinares. Nesse sentido, Rocha (2008) situa a dimensão ético-política da Psicologia como vetor fundamental para a problematização das práticas de inclusão e também de exclusão.

Rocha e Rocha (2004) examinaram os conceitos de produtividade, autonomia e eficiência e suas implicações nos processos formativos. Nessa concepção, a devida consideração do coletivo assume um aspecto que ameaça diretamente a perspectiva econômica e neoliberal, uma vez que é visto como uma *"perda de tempo"*, e, em nossa sociedade, tempo é dinheiro (p. 22).

Voltando-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), Benevides, 2005 afirma que o coletivo é como uma *"multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças"* (p. 23). Contudo, ao longo da história da Psicologia, o que

a autora ressalta é uma tendência a focar o ser-humano sob perspectivas fragmentadas e especializadas, descoladas de um compromisso ético-político que perpassa as ações e intervenções nos mais diversos campos, incluindo-se, obviamente, a área da saúde. Diz-nos a autora

> *"Se não aceitamos as posições abstratas, transcendentes, descoladas de onde a vida se passa, precisamos, imediatamente, trazer ao debate questões sobre o contemporâneo, tanto em sua dimensão transnacional, mundial, quanto local, brasileira"* (BENEVIDES, 2005, p. 22).

Conforme o argumento de Tambellini e Câmara (1998), em um texto que articula as dimensões políticas que atravessam as práticas assistenciais, inclusive os aspectos relativos à saúde mental, a necessidade de uma visão biopsicossocial decorre e pode-se dizer que:

> *"(...) a ideia do ambiente como elemento importante para o campo da saúde é antiga, porém sua caracterização em termos técnico-científicos tem sido suficientemente vaga e imprecisa para admitir variadas formas e concepções na elaboração de sua (do ambiente) possível relação com a saúde propriamente dita. Invariavelmente, este ambiente tem sido visto como meio externo muitas vezes considerado como simplesmente o cenário onde se desenrolam os acontecimentos ou os processos especiais de uma determinada doença ou grupo delas" (p. 48).*

Dessas variadas formas declaradas pelo autor, pode-se depreender que as intervenções também devem emergir a partir da demanda e realidade específica de cada pessoa ou comunidade. Acerca disso, estudiosos que buscaram compreender as práticas de psicólogos junto à atenção primária têm continuamente identificado uma lacuna durante a graduação em Psicologia.

Declarações e falas ilustrativas, como *"a gente trabalha nos bairros em situações particulares, acabamos conhecendo a realidade daquela comunidade, assim estamos nos inserindo dentro do Programa de Saúde da Família"* (PSF) são úteis para

que possamos compreender o fazer cotidiano e coletivo da assistência à saúde (FERMINO ET AL., 2009, p. 123). O setting terapêutico idealizado e concebido como único durante a graduação é visto, sob essa perspectiva, de modo desconstruído, fluído e plural. A concepção ampliada da clínica, a clínica que se faz no cotidiano, dessa forma, emerge como aspecto relevante para a compreensão dessas "situações particulares" que os autores mencionam.

Além disso, quebrando o suposto saber, apriorístico e linear transmitido durante a graduação, a seguinte declaração também desacomoda algumas práticas usuais de perspectivas mais individualizantes ao dizer que *"(...) acredito que os psicólogos que participam nas ações do PSF, estejam construindo suas práticas profissionais em conjunto com a própria demanda, como que em processo de 'alfabetização' frente às propostas das políticas públicas mais focadas na promoção da saúde"* (FERMINO ET AL., 2009, p. 124). Evidentemente, as crenças e representações sociais, mais ou menos estereotipadas, estarão sempre balizadas pela percepção de sujeito que atravessa a fala desses profissionais.

Na revisão de Oliveira (2009) sobre as distintas formas de concepção de sujeito, de saúde e de ciência que culminaram com o paradigma hegemônico das práticas técnico-assistenciais em saúde podemos também verificar a presença e força das representações sociais atribuídas ao psicólogo enquanto profissional que exerce sua atividade à luz de uma visão linear sobre o sujeito, conhecedor do certo e do errado e capacitado para prover o "ajustamento" do sujeito. Porém, na leitura das implicações que atravessam a obra, percebe-se que algumas mudanças em prol de uma postura mais humanizada, contextualizada, reais necessidades vêm sendo influenciadas por uma série de transformações sociais. Tais ações vêm sendo consolidadas e incorporadas em serviços de assistência à saúde com uma postura mais contextualizada e historicizada.

Dentre estas, a autora ressalta a Residência Multiprofissional em Saúde como uma alternativa para a superação da visão cartesiana, apolítica e individualizante que reina nos cursos de formação em psicologia. Nesse tipo de atuação, as deficiências verificadas nos cursos tradicionais de graduação em Psicologia são supridas na medida em que se inserem disciplinas relacionadas aos saberes multi e transdisciplinares, que concebem o ser humano em uma perspectiva integrada e relacional (OLIVEIRA, 2009).

À guisa de conclusão

Nesse estudo, revisitamos produções e investigações que derivam, sobretudo, de pesquisas realizadas no âmbito da pós-graduação, materializados em dissertações e teses (DANELUCI, 2010; DEMENECK, 2007; FREIRE, 2010; PIRES, 2008; OLIVEIRA, 2009). Do mesmo modo, relatos de experiência (FERMINO, PATRICIO, KRAWULSKI e SISSON, 2009; REIS e GUARESCHI, 2010) e revisões teóricas sobre o tema tem contribuído para a melhor compreensão entre a interface da Psicologia e o campo da Saúde Pública (FREIRE e PICHELLI, 2010; MAZER e MELO-SILVA, 2010).

Os discursos ambíguos da Psicologia, no tocante a saúde, podem ser entendidos tanto através da aproximação com a visão e postura médica individualizante como por meio das heranças filosóficas recebidas. Destas, a ciência psicológica absorveu o método introspectivo e, em certa medida, individualizante sobre os processos eu-outro, já das ciências médicas ressalta-se as construções teórico-práticas sobre o corpo, sua manipulação, isolamento e intervenção.

Logo, bifurca-se também a concepção da Psicologia acerca do sujeito, transmitidas em cursos de graduação e refletidas na práxis dos profissionais. Tais

pressupostos se estendem do campo das ciências sociais e também do campo médico culminando com uma visão dicotomizada sobre a pessoa.

Benevides (2005) acredita que não devemos nos deixar enganar pelos discursos da(s) Psicologia (s) e suas respectivas suposições ideológicas, manifestas em práticas de subjetivação e discursos legitimadores dos saberes psicológicos.

Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) indicam subsídios de extrema relevância no contexto desse estudo, sobretudo os implicados à saúde no contexto da coletividade. De acordo com as autoras, a psicologia tem forjado, ao longo de sua história, práticas e discursos que incidem sobre os modos de ser e viver. Nesse sentido, a Psicologia acaba por auxiliar na fabricação de subjetividades.

Sob um prisma clínico, justifica-se o cuidado ao sujeito, sendo que sob o aporte social, as razões das "práticas psi" emanam de um substrato que visa à emancipação do mesmo. Contudo, ambas têm produzido, historicamente, um discurso despolitizado do sujeito que, por consequência, torna o acesso a uma política de Saúde Pública plena distante (BENEVIDES, 2005). Ou, nas palavras da autora, *"(...) duas realidades (interno-externa) em constante articulação, mas sempre duas realidades dadas a serem olhadas com seus específicos instrumentos de análise"* (2005, p. 22).

Laurenti e Barros (2000) ressaltam que a identidade de cada categoria profissional - Psicologia, Medicina, Enfermagem - deve, na atualidade, ser apreendida sob a égide do construcionismo social. Ou seja, que sejam capazes de englobar as polissemias inerentes as representações de cada identidade profissional. Capturando e fornecendo meios para a expressão de inúmeras vozes. E, sendo o contexto o dispositivo que reflete e baliza o sentido, toda e qualquer ação formativa - técnica, acadêmica - deve responder às demandas da sociedade.

Ademais, os estudantes de Psicologia, ao menos no Brasil, não são instrumentalizados para desvelar os efeitos das técnicas e processos psicológicos sobre os sujeitos e a vida cotidiana (REIS e GUARESCHI, 2010). A formação vem se mostrando, na proposição das autoras, *"por um olhar tecnicista voltado para o aprendizado da utilização de instrumentos e técnicas"* (REIS e GUARESCHI, 2010, p. 856), sendo que a medição de respostas precisas não é acompanhada de uma devida problematização adjacente ao que sustenta tal práxis, além dos discursos que operam e enunciam modos de ser e viver.

Oliveira et al. (2004) afirmam que a Psicologia, enquanto ciência emerge a partir de dois pilares: o observacional e clínico. Nesse sentido, os saberes que constituem a Psicologia têm sido focados, historicamente, sob o prisma de uma verdade universal, produzindo discursos dicotômicos acerca dos processos de saúde e doença, normal e patológico. Conforme explicam os autores,

> *"(...) esses programas ganham força entendendo que a construção de novas bases para assistência e formação de conhecimento em saúde coletiva passa pela integração de saberes, pela inclusão de novas profissões como parte da área e pela compreensão de um conceito de saúde mais amplo que permita a quebra dos conceitos hegemônicos"* (p. 73).

Contudo, a partir do momento em que os ideais da modernidade começam a dar claros sinais de insucesso, começa a emergir, a partir da segunda metade do século XX, um movimento que, essencialmente, revelava a insatisfação com condutas e práticas psicológicas alienadas, individualizantes, descontextualizadas e, assim, excludentes por natureza.

Oliveira (2009) também ressalta que, durante a organização e formulação de práticas de gestão para a formação multiprofissional, alguns elementos devem ser

apreendidos. Assim, nos aproximamos do argumento utilizado pela autora no tocante à necessidade de serem inseridos componentes correlatos à educação permanente em saúde, sustentado por políticas de Estado que visem à adequação de políticas pedagógicas e metodológicas específicas para a consolidação da formação do profissional para a Saúde Pública.

Em face destes aspectos, depreende-se que para o atendimento ao escolar especialmente na rede pública, não basta simplesmente replicar modelos psicoterapêuticos apriorísticos, muitos ainda tributários de uma concepção de sujeito dissociado de seu entorno. Dessa maneira, opera-se um discurso desvinculado sobre sujeito e cultura, mente e corpo ou saúde e doença. Precisamos considerar a coletividade como uma teia de significações, que ocorrem enquanto um processo, marcado por determinantes múltiplos e não dados a priori.

Conceber, nessa perspectiva, o processo de atendimento à criança e ao adolescente oriundo da escola mobiliza práxis para além do diagnóstico e terapêutica estandardizada, pois esses podem levar a uma atuação medicalizante e patologizante. No caso da escuta dos discursos da população atendida, o psicólogo, se comprometido eticamente com a proposição de sua atitude também política, deve problematizar, a todo o momento, os fatos que condicionam e enunciam significados, verdades e operadores de significação sobre os indivíduos, grupos e instituições.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA DA PESQUISA

1. Aspectos metodológicos

No presente trabalho utilizamos para a condução das entrevistas - procedendo-se, assim, à coleta de dados - o referencial teórico de José Bleger (1980). A análise desenvolvida é qualitativa e utiliza o referencial teórico de Grupos Operativos, tal qual formulado por Enrique Pichon-Rivière (1994).

Para Bleger (1980) *"a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia"* (BLEGER, 1980, p.9). A entrevista pode ser de dois tipos: aberta ou fechada. Na entrevista aberta o entrevistador tem ampla liberdade para formular perguntas ou fazer intervenções, tendo flexibilidade em cada caso particular. A entrevista fechada é, na verdade, um questionário onde as perguntas já estão previstas. A entrevista aberta *"possibilita uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado, embora a entrevista fechada permita uma melhor comparação sistemática de dados, além de outras vantagens próprias de todo método padronizado"* (IDEM, IBIDEM, pp. 10-11).

A entrevista pode ser individual ou grupal. No entanto, considera-se que a entrevista seja sempre um fenômeno grupal, pois mesmo que seja feita com apenas um entrevistado a mesma deve ser considerada em função da psicologia e da dinâmica de grupo. Na entrevista, o entrevistador e entrevistado formam um grupo, *"um conjunto ou uma totalidade, na qual os integrantes estão inter-relacionados e onde a conduta de ambos é interdependente"* (IDEM, IBIDEM, p. 22). No entanto, difere-se de outros

grupos tendo em vista que um dos integrantes tem um papel específico e tende a cumprir determinados objetivos.

A entrevista pode ser diferenciada segundo o beneficiário do resultado. Neste sentido, temos a entrevista que beneficia o entrevistado – consulta psiquiátrica ou psicológica, a que beneficia a pesquisa, importando os resultados científicos da mesma, e aquela cujo beneficiário é um terceiro – no caso de uma instituição. Devemos considerar que apenas no primeiro tipo não se deve motivar o entrevistado.

É importante frisar que tanto o método clínico como a técnica de entrevista, que ora descrevemos, procede do campo da Medicina. Devemos assinalar que consulta não é entrevista e entrevista não é anamnese. Diferentemente da consulta e da anamnese a entrevista psicológica *"tenta o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que essa relação durar"* (IDEM, IBIDEM, p. 12).

A entrevista psicológica é uma relação, com características particulares, estabelecendo-se entre duas ou mais pessoas. Neste sentido, uma das pessoas é um técnico da psicologia, devendo atuar nesse papel, e os demais necessitam da sua intervenção técnica. *"Porém - e isso é um ponto fundamental – o técnico não só utilizam na entrevista seus conhecimentos psicológicos para aplicá-los ao entrevistado como também esta aplicação se produz precisamente através do próprio comportamento no decorrer da entrevista"* (IDEM, IBIDEM, p.12). A regra básica da entrevista não consiste apenas em se obter dados completos da vida total de uma pessoa, mas sim obter dados completos de seu comportamento total no decorrer da entrevista. O comportamento total inclui *"o que recolhermos aplicando nossa função de escutar*,

porém também nossa função de vivenciar e observar, de tal maneira que ficam incluídas as três áreas de comportamento do entrevistado" (IDEM, IBIDEM, p. 13).

A teoria da entrevista é influenciada por conhecimentos que provêm da psicanálise, da gestalt, da topologia e do behaviorismo. Da psicanálise deriva a dimensão do inconsciente do comportamento, da transferência e da contratransferência, da resistência e da repressão, da projeção e da introjeção, etc. Da gestalt deriva a compreensão da entrevista como um todo no qual o entrevistador é um de seus integrantes, considerando-se o comportamento do mesmo como um dos elementos da totalidade. A topologia nos ajuda a delinear e reconhecer o campo psicológico e suas leis, bem como o enfoque situacional. Do behaviorismo deriva a importância da observação do comportamento. Através disso encontramos a entrevista psicológica como instrumento científico, sendo possível realizá-la em condições metodológicas mais restritas, sistematizando as variáveis, possibilitando um maior rigor em sua aplicação e em seus resultados.

A entrevista não consiste em aplicar instruções e sim investigar a personalidade do entrevistado. Sabendo que o entrevistador é parte do campo da entrevista e este em certa medida condiciona os fenômenos que ele mesmo irá registrar. A entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade dos seres humanos.

Para Bleger (1980) *"a chave fundamental da entrevista está na investigação que se realiza durante o seu transcurso. As observações levantadas são sempre registradas em função das hipóteses que o entrevistador vai emitindo"* (p.21). Sendo esta a ordem em que ocorrem: observação, hipótese e verificação.

É importante frisar que o "*instrumento de trabalho do entrevistador é ele mesmo, sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação*

interpessoal, com o agravante de que o objeto que deve estudar é outro ser humano". Com isso, ao examinar a vida dos demais *"acha diretamente implicada a revisão e o exame de sua própria vida, de sua personalidade, conflitos e frustrações"* (IDEM, IBIDEM, p. 26). Contudo, o campo da entrevista deve ser configurado pelas variáveis da personalidade do entrevistado. Com isso, *"aquilo que o entrevistador oferece deve ser suficientemente ambíguo para permitir o maior engajamento da personalidade do entrevistado"* (IDEM, IBIDEM, p. 33). Porém, o enquadramento da entrevista não deve ser de forma alguma ambíguo. Frisamos, também, que a abertura da entrevista também não deve ser ambígua e que entrevista começa por onde começa o entrevistado.

Quando a entrevista apresentar uma comunicação que tenda a interromper-se ou distorcer-se devemos utilizar a interpretação para darmos continuidade à mesma. É importante frisar, contudo, que a interpretação deve ser utilizada com base nos emergentes, no que de fato está ocorrendo no aqui e agora da entrevista. Salientamos que a interpretação deve sempre estar a serviço do entrevistado e nunca a serviço da descarga de ansiedade do entrevistador. A interpretação é sempre uma hipótese e como tal deve ser formulada.

Para Bleger (1980) o alcance ótimo de uma entrevista é o da entrevista operativa. Nessa se procura compreender, bem como esclarecer, um problema ou situação que o entrevistado traz como sendo o centro ou motivo da entrevista. *"Neste sentido, frequentemente uma entrevista tem êxito quando consegue esclarecer qual é o verdadeiro problema que está por trás daquilo que é trazido de modo manifesto"* (p. 36).

Tratando do referencial teórico de grupos operativos, aplicado na análise, Pichon-Rivière (1994), para formular sua teoria, utiliza os conhecimentos da

psicanálise, principalmente dos estudos de Melanie Klein. Faz uso também, por um lado, de conceitos da Psicologia Social de Kurt Lewin e, por outro, dos conceitos de George Mead.

Sob o aspecto técnico, os grupos operativos se definem como grupos centrados na tarefa. Segundo Fernandes (1989), *"a tarefa é o conjunto de ações que permite chegar ao objetivo e satisfazer a necessidade. A tarefa é a transformação de uma ausência, representada pela necessidade"* (p.46).

O grupo operativo trabalha o conjunto das relações que os sujeitos entre si, na tarefa, estabelecerão. Para Pichon-Rivière,

> *"A tarefa que adquire prioridade no grupo é a elaboração de um esquema referencial comum, condição básica para o estabelecimento da comunicação, que se dará na medida em que as mensagens possam ser decodificadas por uma afinidade ou coincidência dos esquemas referenciais do emissor e do receptor. Esta construção de um ECRO grupal constitui um objetivo cuja consecução implica um processo de aprendizagem e obriga os integrantes do grupo a uma análise semântica, semantística e sistêmica, partindo sempre da investigação das fontes vulgares (cotidianas) do esquema referencial. Cada integrante leva ao grupo um esquema de referência e, sobre a base do denominador comum destes sistemas, irá se configurar, em sucessivas ' voltas de espiral', um ECRO grupal"* (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p.103).

O grupo operativo, portanto, trabalhará os vínculos que se constituirão durante o movimento ou o processo grupal, pela análise das múltiplas transferências em relação à tarefa. As transferências são múltiplas, pois se dão entre os membros do grupo e também se estabelecem com a equipe coordenadora, ou seja, coordenador e observador.

Privilegiando a análise das fantasias grupais e individuais, essa modalidade de interação vai tentar capturar, por intermédio de um procedimento específico –

interpretação vertical e horizontal – essa múltipla determinação na relação entre o indivíduo e a totalidade, entre o todo e o particular, entre o indivíduo e o grupo.

Sendo assim, o grupo operativo não faz análise individual e não faz análise só do grupo. Trabalhando com a múltipla determinação, diferencia-se de outras técnicas grupais, ou seja, grupos centrados no indivíduo e grupos centrados no grupo.

O autor postula uma relação de interação dialética entre aquilo que ele denomina tarefa explícita e tarefa implícita. A tarefa implícita refere-se ao conjunto de fantasias que se atualizam na tentativa de dar conta da tarefa.

Para tanto, nessa interação de relações, os aspectos internos, ou seja, as fantasias inconscientes se atualizam podendo então ser reveladas para que se possa diminuir o fenômeno que ele denomina resistência à mudança, que é próprio do processo grupal. Isso porque o grupo se processa por meio de dois movimentos: o primeiro de mudança e o outro de resistência à mudança.

O modelo de grupo operativo de Pichon-Rivière, como instrumento de investigação, auxilia-nos no exame do interjogo entre o psicossocial - grupo interno - e o sócio dinâmico - grupo externo. (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p.106).

Nesse sentido, considerando que a sociedade está internalizada em cada um de nós, é necessário encontrar um procedimento para que cada um possa explicitar a assunção e atribuição desses papéis sociais. O exame do interjogo, entre o psicossocial e o sócio dinâmico, realiza-se por meio da análise dos mecanismos de assunção e atribuição de papéis no grupo, obtendo-se, por um processo de discriminação progressiva de si mesmo e do outro, um conhecimento ampliado de si mesmo e do mundo externo.

Do ponto de vista teórico, para Pichon-Riviére (1994), existem no processo grupal três momentos. O primeiro é denominado de pré-tarefa, caracterizado por um aumento das ansiedades e angústias básicas (primitivas/iniciais). Angústias de perda e ataque que, por serem muito intensas, mobilizam defesas e, ao mesmo tempo, impedem mudanças; podendo ser caracterizado por momentos caóticos, pois quando as defesas são intensificadas os papéis se enrijecem. Quando isso ocorre o grupo pode ficar paralisado, percebendo-se sem recursos para a realização da tarefa, vivendo um "como se" da tarefa, andando em círculos sem sair do impasse. O segundo momento é o da tarefa, caracterizado por um momento de realização. O terceiro momento é o do projeto. Nesse terceiro momento, trabalha-se a possibilidade da elaboração de novos trabalhos, caracterizando um novo salto na espiral dialética.

Sendo assim, existem polos de tensão: no início (pré-tarefa) e no fim (projeto). No entanto, esses três momentos são também dialéticos e, portanto, não são fixos, acontecendo em contínua espiral dentro do grupo.

No grupo operativo coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa. É um instrumento que possibilita a diminuição dos medos básicos, que se apresentam nas ansiedades (paranoide e depressiva) e, com isso pode alcançar um fim terapêutico.

Do ponto de vista da técnica, a análise enfoca o sujeito como porta-voz de si mesmo e das fantasias latentes do grupo.

Levando-se em conta esses postulados, a interpretação, feita pelo coordenador ocorre em duas direções, chamadas de vertical (história pessoal) e horizontal (história do grupo). A interpretação busca a compreensão do que se passa no grupo para a realização ou não da tarefa que lhe permitirá atingir o objetivo desejado. Busca

explicitar o papel social, o lugar que o sujeito ocupa na estrutura grupal e o conjunto de papéis que interagem no âmbito da estrutura grupal.

2. Grupo estudado

Para obter as informações necessárias a analise utilizamos na coleta de dados entrevistas com psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) municipais ou municipalizadas e que atendam, ou tenham atendido o usuário proveniente das escolas públicas que apresentem dificuldade no processo ensino-aprendizagem. Foram também coletados dados, através do mesmo método, com coordenadores pedagógicos de escolas públicas municipais ou estaduais que façam, ou tenham feito uso dos serviços públicos de saúde para seus alunos ou outro membro da comunidade escolar.

3. Coleta de dados

Todos os profissionais entrevistados são concursados e atuam em estabelecimentos educacionais ou da área da saúde localizados na zona norte na capital de São Paulo.

Os psicólogos estavam, quando da realização da entrevista, lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de São Paulo e os coordenadores pedagógicos atuavam em escolas públicas de educação infantil, fundamental e médio também do município de São Paulo, a região da cidade onde os profissionais prestavam serviços é a norte, compreendida entre as subprefeituras Jaçanã/Tremembé, Vila Maria/Vila Guilherme, Santana/Tucuruvi e Casa Verde. Todas as entrevistas, sendo nove com psicólogos e seis com coordenadores pedagógicos, foram realizadas na instituição onde

os profissionais prestavam serviços, durante o horário de expediente, tendo sido agendadas por telefone antecipadamente.

Depois da assinatura do **termo de consentimento livre e esclarecido** deu-se início as entrevistas, estas foram gravadas em áudio após autorização dos profissionais, sendo que dois deles recusaram o uso de tal instrumento, permitindo, apenas, a anotação dos pontos principais das mesmas.

4. Técnica

4.1. Procedimento

Conforme já apontado, as entrevistas resultantes da coleta de dados foram norteadas pelo referencial teórico de José Bleger e a análise dos respectivos dados foi norteada pelo referencial teórico de grupos operativos, tal qual formulado por Enrique Pichon-Rivière. O objetivo das entrevistas e posterior análise foi o de compreender o processo de medicalização e patologização da educação através dos dados obtidos em entrevistas com esses profissionais, a saber: psicólogos e coordenadores pedagógicos. Interessou-nos, também, saber qual o manejo das instituições saúde e educação, na figura desses profissionais, frente aos problemas de aprendizagem ou de comportamento gerados na escola. As entrevistas ocorreram entre os anos de 2010 e 2011, as gravadas foram transcritas na integra e encontram-se em anexo, as duas outras, que não puderam ser gravadas, apresentam os pontos principais e também estão em anexo.

4.2. Proposta de tratamento dos dados

A análise dos dados é qualitativa e procedemos à análise do emergente que se apresenta no conjunto das entrevistas, analisando-as mutuamente independente de tratar-se de profissionais da saúde ou da educação. Utilizamos, também, o conceito de porta-voz formulado por Enrique Pichon-Rivière (1978) para embasar a interpretação dos dados coletados. Nesse sentido, o porta-voz é aquele que transmite a situação emergente, denunciando algo que lhe é próprio - porta-voz de si mesmo - ou que pertence ao imaginário do grupo, propiciando o desvelamento das fantasias, ansiedades e necessidades do grupo. Para o autor, qualquer acontecimento que sucede no grupo – no caso aqui descrito, no grupo de profissionais entrevistados - é uma manifestação do conteúdo implícito da situação grupal.

Nesse sentido, o porta-voz é o depositário das fantasias do grupo e as coloca em evidencia. Um novo emergente surge como resposta à interpretação ou a estruturação de uma nova situação grupal e é o signo de um processo de desestruturação de uma situação prévia e da reestruturação de uma nova.

É importante frisar que as entrevistas se deram no sentido de capturar e apresentar representações identificadas no discurso do psicólogo que pertence à equipe de saúde mental dos serviços de Saúde Pública do ponto de vista do destino dado à demanda oriunda das instituições de ensino. O mesmo se fez em relação aos coordenadores pedagógicos das escolas públicas que solicitam qualquer tipo de intervenção dos profissionais na área da saúde pública. Com isso, nos propomos a identificar o processo de medicalização e patologização através das entrevistas com esses profissionais focalizando a intervenção nas dificuldades no processo ensino-aprendizagem.

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Procuramos, nesse momento, revelar os emergentes manifestos nas entrevistas, a fim de compreendermos o que se encontra implícito nas falas explicitadas.

É importante destacar que ao analisar o implícito formulamos hipóteses e atribuímos significados acerca do discurso emitido pelo psicólogo e pelo coordenador pedagógico, procurando decodificar o sentido emergente na entrevista. Isso porque toda interpretação é a hipótese ou a fantasia que o pesquisador faz sobre o conteúdo implícito do que foi explicitado na entrevista.

É possível afirmar que "todo processo implícito chega a se manifestar pelo surgimento, dentro do campo de observação, de uma qualidade nova nesse campo, à qual denominamos emergente" (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p.156). Essa nos remete, enquanto investigadores, a um acontecer implícito.

Considerando que o observável é explícito e as fantasias inconscientes são implícitas nossa análise busca desvendar o acontecer implícito de cada entrevista, ou melhor, "a uma ordem de fatos subjacentes, submetido a um processo permanente de estruturação e desestruturação" (IDEM, IBIDEM, p.156).

De acordo com Pichon-Rivière (1994), todo processo implícito manifesta-se dentro do campo de observação pelo surgimento de uma qualidade nova no respectivo campo, sendo denominada emergente. O emergente é "construído por fantasias inconscientes, motivações que tendem a explicitar-se de forma distorcida (...), através do processo de adjudicação e assunção de papéis" (p.107). O conceito de emergente é

destacado por representar a articulação possível entre os âmbitos da intra-subjetividade e da intersubjetividade.

Tendo em vista as questões postas acima realizaremos a partir de agora uma análise do que se apresentou nas entrevistas coletadas, levando em conta a interpretação formulada pelo pesquisador dos conteúdos desvelados nas respectivas entrevistas. A interpretação será realizada a partir de recortes das mesmas, procuramos com isso apontar aspectos implícitos em cada momento dos relatos dos entrevistados.

É importante destacar que o ato de analisar é entendido como o ato de examinar cada uma das partes contidas no total da entrevista, ou melhor, é um ato de decomposição dos fatos propiciando, assim, novas sínteses (SCARCELLI, 1998, p.74).

Para Pichon-Rivière o ato de interpretar caracteriza-se pela elaboração de hipóteses acerca das fantasias inconscientes. Essas hipóteses não correspondem a um critério tradicional de verdade e sim a produção de significados criados desde uma hipótese que é "formulada a partir do explícito, a respeito do acontecer implícito" (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p.165). Ressalta-se que para Pichon-Rivière o objeto da Psicologia Social a ser analisado é sempre a relação entre a fantasia inconsciente e a estrutura social, tal objeto é investigado pela noção de vínculo (IDEM, IBIDEM).

Na presente análise utilizamos, também, o conceito de porta-voz, formulado pelo referido autor, para embasar a interpretação dos dados coletados nas entrevistas. Nesse sentido, conforme dito anteriormente, o porta-voz é aquele que transmite a situação emergente, denunciando algo que lhe é próprio - porta-voz de si mesmo - ou que pertence ao imaginário do grupo, propiciando o desvelamento das fantasias, ansiedades e necessidades do grupo. Para o autor, qualquer acontecimento que sucede no grupo é uma manifestação do conteúdo implícito da situação grupal – no caso aqui descrito, no

grupo formado pelo entrevistador e pelos profissionais entrevistados e dos profissionais entre si, mesmo que entrevistados em momentos distintos (IDEM, IBIDEM),

Nesse sentido, o porta-voz é o depositário das fantasias do grupo e as coloca em evidencia. Um novo emergente surge em resposta à interpretação ou a estruturação de uma nova situação grupal e é o signo de um processo de desestruturação de uma situação prévia e da reestruturação de uma nova.

5.1 – Entrevistas com os psicólogos

Ao se proceder a análise das entrevistas com os psicólogos a primeira questão que surge diz respeito à organização dos serviços feita por esses profissionais na atuação cotidiana nas UBS's.

> (Psic 1) "Eu atendia crianças dentro do posto. Nós dividíamos, eu tinha uma amiga, psicóloga, no posto e tínhamos uma parceria boa, eu ficava com as crianças e ela com as mães, avós, etc.".
>
> (Psic. 5) "No passado eu fazia atendimento ao escolar, mas veio para uma terapeuta ocupacional e ela tem toda uma experiência voltada para o infantil, então a gente aqui fez uma divisão, eu atendo adolescente, adulto e idoso e ela fica com as crianças".
>
> (Psic 8) "Eu faço um trabalho de parceria com o outro psicólogo que trabalha comigo: eu atendo as crianças e ele atende as mães".

Pelas falas explicitadas, em nome de maior racionalização da tarefa, faz-se uma divisão de serviços entre os atendimentos oferecidos às crianças e os oferecidos aos responsáveis por elas. Com isso, ambos são atendidos na mesma unidade de saúde, mas por profissionais diferentes.

Pensamos que nessa divisão de tarefas privilegia-se o atendimento individual, deixando em segundo plano a possibilidade de compreensão da dinâmica familiar,

levando em conta o que afirma Pichon-Rivière (1994): o paciente é o porta-voz da doença do grupo familiar. Dividindo-se os atendimentos entre os responsáveis e a criança perde-se a compreensão da modalidade de vinculação entre eles, o que muitas vezes compromete a compreensão global do caso.

Outra questão que surge diz respeito a um apagamento de fronteira entre os profissionais, no caso citado entre um profissional que é psicólogo e outro que é terapeuta ocupacional. Esses dois profissionais de áreas diferentes acabam dividindo a clientela por idade e a atendem seguindo esse critério, independente da necessidade desse usuário. Talvez isso se dê devido a um discurso político de equipe que faz com que muitas vezes se torne indiscriminado o papel de cada profissional de diferentes formações acadêmicas dentro da equipe multidisciplinar. Ressaltamos que esse apagamento de fronteiras tende a não ocorrer nas UBS's com muita frequência, como veremos mais adiante, já que existe dificuldade dos profissionais em desenvolver atividades multidisciplinares.

Ainda referente à divisão de tarefas feitas pelos profissionais encontramos a fala de um psicólogo que opta por desenvolver um trabalho com a clientela separando-os pela queixa primordial.

> (Psic 2) "Como é que eu trabalhava lá? Eu pegava a queixa primordial, porque em geral eram queixas múltiplas, e colocava a mãe num grupo só com aquela queixa. Eu montava grupos por queixa, no grupo eu passava muita coisa como comunicação, não violência, sobre inteligência emocional. Eu tinha um grupo base e, por exemplo, um grupo de crianças agitadas, ou hiperativas, ou crianças muito violentas. Tinha vários desdobramentos. Então eu colocava a mãe em um grupo base. Tinha mãe que eu via que ela precisava de mais de um atendimento, atendimento psicoterápico, tinha mãe era muito violenta, não era uma mãe com uma ação assertiva. Então a mãe precisava mais do que um grupo, ela precisava de atendimento para ela".

Vale dizer que neste depoimento aparece a modalidade de atendimento individual e grupal, mas a grupal é a mais relatada, frisando-se a divisão dos atendimentos por queixas. Do ponto de vista prático essa divisão pode ser útil, porém ao se "rotular" o grupo como o de crianças ou mães violentas, por exemplo, corre-se o risco de não considerar o fenômeno social da violência e a complexidade inerente a esse grupo. Isso pode levar à estigmatização, impedindo que se compreenda o que levou as crianças ou as mães a se tornarem violentas, bem como limita a compreensão global do caso.

Também chama atenção o atendimento às crianças tidas como agitadas, hiperativas ou violentas. Sabemos que esse tipo de queixa tem sido comum nas escolas e, muitas vezes, ocorre de se rotular as crianças por elas terem um comportamento que difere do padrão esperado pela instituição. Isso nem sempre significa que exista uma patologia a ser tratada, ocorrendo de se medicalizar um comportamento indesejado.

Outro ponto que merece atenção diz respeito à separação dos atendimentos das crianças dos de suas mães. Como acima dissemos, quando isso ocorre perde-se a compreensão da construção familiar e também a compreensão da modalidade de vinculação entre os membros da família.

Destaca-se a partir das queixas a questão das mães violentas e as modalidades de atendimento.

> (Psic 2) "[Com] Algumas [mães] eu fazia relaxamento, as mães mais violentas eu trabalhei muito com calatonia, foi uma experiência muito bacana. Eu não tive tempo de estruturar muito bem isso. Primeiro que em uma mãe violenta o tempo que eu precisava para fazer calatonia era muito grande, eu precisava usar o toque com aquela mãe, porque qualquer outra técnica não seria tão boa com uma mãe violenta. O depoimento delas na primeira sessão depois da calatonia era muito interessante, muito

> importante, era uma mudança muito forte, elas precisavam ser tocadas, alguma coisa assim".

Percebemos que com as mães que apresentam condutas violentas a terapêutica utilizada para trabalhar esse comportamento é o relaxamento ou a calatonia. Parece-nos que se parte do pressuposto que o contato físico ou o trabalho corporal auxilie na percepção do próprio corpo, e que em se entrando em contato com o mesmo a conduta de violência possa ser alterada. No entanto, parece-nos que a escolha da técnica não é refletida de antemão, já que o profissional não tem muito tempo para estruturar o trabalho, o que pode levar a técnica tornar-se um fim em si mesmo.

Importa dizer que o trabalho escolhido é o clínico curativo, deixando de lado a perspectiva preventiva indicada quando os atendimentos são feitos em UBS's. Frisamos que a atenção básica à saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde e a prevenção de agravos e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações consideradas curativas são previstas para o atendimento secundário desenvolvidos nos ambulatórios. No entanto, a divisão entre ações preventivas e curativas nem sempre ocorre na atenção básica devido à complexidade da rede, a falta de clareza das políticas públicas de saúde e sua difusão junto aos funcionários.

Outra questão que não fica clara e nem sempre ocorre nas UBS's é o trabalho em equipe multidisciplinar. Em geral a atuação, sendo ela individual ou em grupo, se dá de forma solitária sem a presença de outro profissional que auxilie na tarefa. Nesse sentido, podemos dizer que a parceria desenvolvida nas UBS's entre os profissionais que atuam nesse nível de atenção apresenta problemas.

> (Psic 1) "Eu, em 27 anos de profissão, não encontrei o que funcione em parceria dentro da prefeitura.".

> (Psic. 2) “Eu tenho atendido em todo o período, depois eu faço relatório, telefonema, falo com colegas, isso se alguém faltar. Então esse é o meu jeito de lidar, quando o pessoal falta [nos atendimentos clínicos individuais] eu aproveito para fazer essas coisas, só que aqui o pessoal falta muito pouco, hoje não faltou ninguém. Então fica muito difícil para mim se eu tenho outras coisas para fazer. Então hoje eu tinha que fazer reunião com as Assistentes Sociais, tem casos graves que estamos atendendo, mas é assim, eu to sempre em constante ... [atendimento clinico individual, dificultando a atuação em equipe]”.
>
> (Psic. 3) “O meu dia a dia, na prática, eu fico bastante na sala, eu acabo ficando bastante ... [no atendimento clinico] (...) Aqui fazer um trabalho em equipe é um parto. (...) a rotina é pesada para todos os profissionais”.
>
> (Psic. 4) “Atualmente eu atendo sozinho [em atendimento clínico], quem fica mais comigo é a assistente social, mas a assistente social não é da saúde mental, ela é do posto, ela atende a demanda do posto que é enorme, tem muitos trabalhos: mãe paulistana, etc. [isso dificulta o trabalho conjunto]”.

Mesmo pautado num discurso político que incentiva a atuação multidisciplinar ou transdisciplinar concretizá-la é muito difícil, pois existe um deslocamento entre o que é preconizado nas políticas públicas e o que de fato se dá no cotidiano das instituições. Depreendemos das falas citadas que as equipes multiprofissionais, da qual os psicólogos são parte integrante, possuem uma parceria frágil.

Notamos, também, que o atendimento prioritário que os psicólogos desempenham é o clínico, desenvolvido em sua sala de atendimento. Em geral atendem os pacientes sozinhos e não em parceria com outros profissionais. Os trabalhos multidisciplinares ocorrem, mas não de forma sistemática. Um profissional afirma ainda que a rotina de todos os profissionais é “pesada”; tudo indica que seja da rotina clínica que ele esteja falando, reforçando o modelo médico que tem sido comum no atendimento primário, conforme pesquisas realizadas em UBS’s (BASTOS, 1999, SOUZA, 2006, MARÇAL e SILVA, 2006, BRAGA e MORAIS, 2007).

Outro ponto destacado nas entrevistas diz respeito à autonomia que existe no trabalho desenvolvido nas UBS's ligadas à administração da prefeitura do município de São Paulo.

> (Psic 2) "Lá [na UBS anterior] eu ia desenvolver um trabalho na comunidade, até quando eu decidi sair de lá. Eu saí de lá por conta do gerenciamento que seria feito pela Santa Casa [Organização Social – OS]. Quando começou a questão do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] é que eu decidi sair. Porque eu teria que fazer o meu trabalho de acordo com a cartilha deles, eu não poderia mais fazer o que eu quisesse, eu perderia a minha autonomia".

Nos últimos anos as unidades de saúde ligadas à Prefeitura do Município de São Paulo ou as que eram do Governo do Estado de São Paulo e se encontravam municipalizadas foi alvo de uma privatização dos serviços. Isso se deu através de contrato firmado com Organizações Sociais de Saúde; estas são instituições sem fins lucrativos e receberam da prefeitura o poder para gerenciar os serviços de saúde do município. Com esse gerenciamento os profissionais concursados e lotados nas UBS tiveram a opção de aderir à nova administração e passar a trabalhar de acordo com as regras por eles instituídas ou de se transferirem para outra unidade de administração direta.

Pela fala acima percebemos que o profissional entrevistado não adere ao novo modelo de serviço, tendo que se transferir para outra unidade ainda gerenciada pela prefeitura. A escolha é feita, segundo o psicólogo, para preservar sua autonomia no trabalho desenvolvido, já que não desejava fazer o seu trabalho "de acordo com a cartilha" da OS. Na sua fala o profissional afirma que, se aderisse à nova gestão, não poderia mais fazer o que "quisesse" na unidade de saúde. Isso nos faz acreditar que o trabalho desenvolvido nas UBS's administradas pelo governo permite que os servidores coordenem e desenvolvam o seu trabalho com liberdade e independência e que os

trabalhos desenvolvidos por profissionais ligados às OS's sejam cerceados e dependentes das normas instituídas pelo órgão centralizador.

No entanto, a afirmativa *"eu não poderia mais fazer o que eu quisesse, eu perderia a minha autonomia"* nos dá a falsa impressão de que não existem programas a serem desenvolvidos e que são instituídos pela Secretaria da Saúde do Município. Isso pode ocorrer, talvez, porque parte dos psicólogos se limitam a desenvolver atividades clínicas - inspiradas na atuação do profissional liberal - com a clientela assistida. Levantamos a hipótese de que os programas instituídos não são cumpridos levando à "autonomia" declarada.

Temos percebido que a priorização dos atendimentos clínicos nos moldes do profissional liberal está ligada à "herança" da formação profissional em Psicologia, que é atualizada na atuação do psicólogo no serviço público de saúde. Para melhor explicitar essa questão, os psicólogos apontam em suas falas a forma que o atendimento na Saúde Pública é praticado e a formação acadêmica que o embasa.

> (Psic 1) "Na minha formação eu aprendi a nunca fazer um psicodiagnóstico separado do processo terapêutico. Eu fiz psicopedagogia assim que eu me formei [no curso de Psicologia]. Terminei a faculdade em dezembro e comecei psicopedagogia em fevereiro e a orientação que eu recebi nessa ocasião é que o diagnóstico não devia ser uma coisa estanque, separada, então eu já ia no processo. (...) Quando a mãe traz [a criança) eu faço uma anamnese muito longa, são dois, três, quatro meses com a mãe limpando arestas".
>
> (Psic. 3) "Aqui é um posto de saúde e eu não uso modelo de consultório. Eu tenho o meu consultório! O jeito de atender, eu atendo em psicanálise também, então assim os atendimentos individuais são como os do consultório, a diferença é que assim, eu faço grupos, tem atendimentos individuais, tem as orientações".
>
> (Psic. 7) "Quando eu me formei eu fiz especialização na área hospitalar e tenho formação em psicanálise da

> criança, eu atuo mais numa área psicanalítica. (...) eu faço em torno de 30 atendimentos individuais por semana".
>
> (Psic. 8) "Eu tenho 19 anos de serviço público e a minha formação é em psicanálise. (...) O meu referencial teórico é a psicanálise e os meus atendimentos não tem prazo para terminar".
>
> (Psic. 9) "Eu fiz curso de psicanálise na PUC, apenas para escuta, não houve a parte prática. Eu atendo grupo de mulheres, faço orientação com os adolescentes, trabalho com terapia focal, mas atendo alguns pacientes há mais de cinco anos".

Os profissionais nos informam sobre os referenciais teóricos que utilizam em seu trabalho – psicopedagogia e psicanálise, referenciais esses que os instrumentalizam para atuarem num enfoque clínico voltado ao usuário considerado individualmente. Um psicólogo diz-nos que, em seu trabalho, não há uma separação entre as etapas de psicodiagnóstico e o da psicoterapia propriamente dita. Pois, as duas etapas fazem parte de um mesmo processo, porém não há prazo estipulado para se desenvolver uma ou outra tarefa. Outros psicólogos, que são psicanalistas, também afirmam que não há prazo estipulado para encerrar o trabalho, caracterizando, em ambos os casos, o modelo de atuação muito próximo ao utilizado em consultório particular.

Esses conhecimentos teóricos, utilizados nesses moldes, podem não abarcar toda a complexidade de um trabalho preventivo e de promoção à saúde esperado quando a atuação se dá em uma Unidade Básica de Saúde. Ressaltamos que os programas da Secretaria da Saúde previstos para as UBS's não são citados. Acreditamos que os psicólogos tenham poucos subsídios teóricos para atuar na Saúde Pública, devido à falta de um modelo que o apoie nessa forma de intervenção que tem sido pouco difundido no Brasil – principalmente nos cursos de graduação em Psicologia.

Nesse sentido Ronzani e Rodrigues (2006), refletindo sobre a formação e atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, nos dizem que a Psicologia

> "(...) como disciplina relevante nas questões de saúde, necessita da reformulação de suas ações tradicionais, que, muitas vezes, implicam uma perspectiva prática isolada e desarticulada de lidar com o ser humano. Em virtude da formação tradicional na Psicologia, a prática profissional é predominantemente pautada por questões teórico-práticas limitadas às teorias terapêutico-curativas, com predominância da Psicologia clínica, o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma 'psicologização' desse fenômeno".

Completam o raciocínio nos dizendo que se observa a transposição acrítica do trabalho do consultório particular para as instituições públicas de saúde sem uma adequação e contextualização do mesmo (RONZANI e RODRIGUES, 2006).

Acreditamos que a angústia provocada pela falta de um modelo consistente de atuação em Saúde Pública faça com que o psicólogo apegue-se ao modelo previamente conhecido que o instrumentaliza para o trabalho. Sendo assim, temos uma cisão que ajuda o psicólogo a lidar com a situação e uma contradição é posta: público x privado. Nesta contradição o público é percebido com recursos escassos para sustentar o trabalho do profissional.

> (Psic 1) "Eu tenho muitos jogos, porque a prefeitura não fornece nada. Meu filho tem 13 anos então eu tinha jogos, tinha amigas que tinham filhos, então eu montei um bom armário, foram dois armários".
>
> (Psic. 9) "Faço supervisão de casos do consultório particular e custeio o material que uso no posto".

Como o órgão público, que abarca os profissionais em seu quadro de trabalho, "não fornece nada" os psicólogos se veem obrigados a lançar mão do que lhe pertence no âmbito privado para suprir a falta e, ainda, são induzidos a pedir ajuda aos amigos para prover o que a instituição que os contratam não fornece.

Nessa experiência a impotência causada pela falta de recursos materiais e humanos mobiliza a busca de soluções fora do local de trabalho. Nisso, o âmbito

público aparece como um objeto que promove frustração e o âmbito privado como um objeto que provê gratificação. Nessa vivência o serviço público conta por vezes com as frustrações e o desamparo que são impostos aos profissionais, acaba sendo objeto de ataque, fazendo com que os psicólogos deixem de lado o enquadre profissional da instituição que contrata os seus serviços. Nisso, ele vive um "como se" a instituição não os abarcasse em seu quadro e o vínculo no trabalho é transposto para o da experiência clínica privada, o que significa que acaba sendo deixado de lado o enquadramento institucional da Saúde Pública para tomar o seu lugar o enquadramento nos moldes do profissional liberal.

Outros psicólogos citam as linhas teóricas que utilizam para o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

> (Psic 2) "[em relação à linha teórica] Eu acho que (...), eu acho que é um jeito mais confortável, até pela minha formação, ver a questão de um ponto de vista mais analítico. Eu acho que a gente deve ter um rol, um arsenal bem diversificado pra gente atender a clientela. Atualmente eu estou apaixonada por Winnicott, tenho até começado a estudar. Eu acho que talvez seja mais aplicável do que outra técnica. Quando eu trabalhava na Vila A. eu trabalhava mais com grupos operativos, achava bem ... legal. Assim, eu acho que mais ou menos o paciente te traz a linha a seguir. Eu tenho essa flexibilidade de usar uma linha diferente com cada paciente. (...) a gente perde muito se não for flexível. Talvez uma orientação, tem paciente que tem um nível de escolaridade baixo que vai rolando uma coisa assim psicodinâmica, e a pessoa trás o conteúdo e ela entende, e aquilo fica com um sentido para ela. (...). A minha formação é mais em serviço, eu fiz terapia yunguiana, foi uma linha que eu procurei porque achei que tinha a ver comigo. Eu fiz supervisão com a Ivete [do departamento de psicologia clínica da USP] durante muitos anos, eu pagava supervisão fora, eu paguei supervisão muito tempo na linha analítica, então era ótimo, foram muitos anos de supervisão semanal. Eu trabalhei no Hospital das Clínicas, eu e um colega, eu sempre acho alguém que faça junto comigo a supervisão. Ultimamente eu tinha uma colega que eu acho era mais flexível, e foi muito legal para mim

> porque era o que eu estava querendo, e a gente discutia como trabalhar mais no cognitivo, e ela me ajudava a pensar qual a escolha da linha que era melhor para aquele caso".
>
> (Psic. 4) Eu na minha formação fiz psicologia e aprendi o básico, depois eu fiz um curso de psicodiagnóstico, fiz um curso de terapia infantil, depois eu fui estudar psicanálise, mas eu não me considero um terapeuta psicanalítico. (...) fiz [também] curso de terapia psicomotora".
>
> (Psic. 6) "(...) então a gente faz dança circular e fazemos um trabalho da prática da medicina chinesa – Lian Gong – que são exercícios terapêuticos para prevenir e tratar dores no corpo. (...) Eu faço atendimento individual com psicoterapia comportamental e breve, porque no posto eu não tenho como ficar com um paciente um ano, isso é mais difícil por conta da demanda".

Detectamos pelas falas acima que esses psicólogos não têm uma linha teórica específica que o oriente no trabalho, aparentemente eles fazem ajustes para ir de encontro à clientela que possuem. Um dos psicólogos cita os casos de pacientes com nível de escolaridade baixo e diz que nesses casos "*vai rolando uma coisa assim psicodinâmica*".

Outra questão que surge em uma das falas citadas é a necessidade de supervisão para que se desenvolva bem o trabalho no serviço público. É interessante notar que apesar de um dos psicólogos dizer que a sua formação é em serviço ele precisa lançar mão de recursos próprios para custear a supervisão necessária. Essa questão é muito comum entre os psicólogos que atuam no serviço público, o governo investe pouco na formação de seus profissionais e quando há necessidade de uma interlocução o profissional busca ajuda em um espaço privado. Notamos também que a busca por ajuda para melhor definir o trabalho a ser desenvolvido pode se dar entre os pares, através de discussão de casos.

Dependendo como o profissional organiza a sua agenda pode ser possível reservar horários para discussão de caso dentro da própria unidade, mas nem sempre

isso ocorre, já que os profissionais em sua grande maioria tem a agenda cheia. O grande número de usuários que bate a porta do psicólogo também acaba por determinar a sua atuação com as instituições da comunidade.

Um exemplo disso é a relação complexa que se estabelece com a demanda institucional das escolas desvelando, assim, um possível conflito de interesses entre as instituições da saúde e da educação.

> (Psic 1) “Há seis anos atrás, quando eu cheguei lá [na UBS] eu tentei uma intervenção na escola, mas a escola tem uma expectativa que você vai lá para fazer uma lista de crianças [para atendimento psicológico na UBS]. Então eu ficava no posto porque a escola tem essa expectativa. Se você não faz uma lista de crianças à relação com você fica mais fria, mais delicada, vamos chamar assim. Fica fria a relação quando eles veem que você não está indo para pegar uma lista de crianças”.
>
> (Psic. 7) “Eu já fiz grupo com os professores, mas em outra unidade de saúde, a proposta era trabalhar com os professores os encaminhamentos, né, dependendo da situação eles achavam que era um encaminhamento para a psicologia, né, no início houve uma adesão, mas naquela linha, naquele pensamento, que você vai dar uma receita, né, eles não pensavam que a intervenção era mais abrangente, com questões pedagógicas mais específicas, aí começou um esvaziamento”.

Percebemos pelo que foi relatado que a atuação com as escolas se limita ao contato com os professores para trabalhar os encaminhamentos. Segundo os psicólogos as escolas esperam que se faça uma lista de crianças ou que se dê uma receita pronta e não que se faça uma intervenção mais abrangente e, com isso, o que o que as escolas querem de fato é ter para onde encaminhar os seus alunos para avaliação e atendimento clínico. Como não há um trabalho efetivo com as escolas e sim com os alunos corre-se o risco de se proceder à medicalização da educação.

Nessas falas detectamos uma divisão entre as expectativas das instituições saúde e educação. Como a expectativa da escola é diferente daquela possibilitada pelo

psicólogo da UBS a relação pode ficar distanciada e as duas instituições podem acabar por não conseguir trabalhar em parceria. Essa vivência gera angústia, já que os psicólogos não podem oferecer o que a escola solicita ou se oferecerem, nessa modalidade de intervenção, podem acabar entrando em conluio com a instituição de ensino – mesmo que isso signifique a exclusão do aluno de uma educação de qualidade. Essa angústia provoca uma cisão que aparece sob a forma de uma separação concreta entre as duas instituições.

Do ponto de vista do profissional há uma cisão entre "desejos": o da escola e o do profissional da saúde. Essa vivência pode acabar por favorecer o distanciamento do psicólogo de um trabalho mais abrangente, entre os âmbitos da psicologia social, grupal e institucional, tanto com as escolas como com as demais instituições da comunidade.

> (Psic 1) "As intervenções nas escolas foram poucas, mas houve. Houve poucas idas a escola, mas houve. Com contato com professoras, contato com pais, com Delegacia de Ensino, ONG's, mas a maior parte do tempo com as crianças na sala".
>
> (Psic. 3) "as crianças frequentam as salas [de reforço], mas elas têm que ter um laudo (...). Alunos que tem alguma necessidade também de avaliação [psicológica] a gente faz uma avaliação, ou para dificuldade escolar, ou questão de comportamento, [questão] familiar, ou até alguma outra questão, como questão de abuso, não só sexual, física, de violência verbal (...) eu já fui várias vezes na escola, eu já conversei várias vezes com o professor e ainda converso, com o coordenador pedagógico, com diretor, para isso tanto eu vou na escola como a escola vem até aqui [na UBS] (...) na realidade para a gente sair daqui [da UBS], para grupos assim, é mais difícil ... é mais fácil sair para tarefas pontuais ... um projeto mais trabalhoso a gente precisa de uma autorização (...) O meu dia a dia, na prática eu fico bastante na sala [de atendimento psicológico]".
>
> (Psic. 8) "Eu recebi da escola uma lista de alunos para avaliação psicológica, por isso eu fui na escola para conversar com os professores. (...) Eles [os professores] pedem explicações do ponto de vista psicológico relacionado a algum fenômeno, em geral relacionado ao

> comportamento da criança. Eles perguntam por que as crianças são tão agressivas, hiperativas e indisciplinadas. (...) o meu trabalho é ao mesmo tempo solitário e solidário. (...) Eu fico mais dentro do posto [em atividades individuais e grupais]".
>
> (Psic. 9) "Na escola existe um discurso e outra postura no contato, caracterizando um boicote. Eu acredito que o psicólogo incomode no dia a dia da escola. (...) eu atendo a maioria da minha clientela individualmente [em atendimento clinico]".

Notamos como dito anteriormente, que o contato com as instituições na área da educação aparece cercado de dificuldades. Com isso a separação concreta entre as instituições saúde e educação acaba se dando e os profissionais, para conter a ansiedade própria da situação, acabam optando por desenvolver com as crianças e adolescentes uma atividade clínica dentro da sala de atendimento da unidade de saúde. A questão que se coloca é que essa opção pode se configurar na medicalização da educação, já que essa escolha se dá devido à experiência de desprazer vivenciada na atuação interinstitucional, que leva o psicólogo a se envolver, sobretudo, nos atendimentos clínicos, incluindo a avaliação psicológica e a psicoterapia, seja a tarefa desenvolvida individualmente ou em grupo.

Percebemos pelos relatos que os psicólogos fazem avaliação psicológica para as escolas para que os alunos frequentem, inclusive, salas de reforço escolar, as chamadas "salas de apoio". Destacamos que as salas descritas não são salas especiais para deficientes mentais, as antigas classes especiais, mas mesmo assim exigem que um laudo psicológico seja produzido. Não sabemos qual é o objetivo dos laudos, mas nos parece que ele serve para separar alunos uns dos outros, de acordo com a dificuldade apresentada, o que contraria a política de inclusão vigente nas escolas. Parece-nos que o psicólogo é um profissional que ainda hoje é chamado para fazer a separação entre os

aptos e os inaptos, postura que nos remete ao higienismo da primeira metade do século XX e que, com ajustes, é muito presente nos dias de hoje.

Para discorrer sobre o higienismo tomamos emprestada a fala de Boarini e Wanderbroock Junior (sem data) que nos dizem que

> "Quem pretender abrir as páginas da história do higienismo brasileiro, encontrará preocupações que transcendem simples medidas sanitárias e cuidados elementares sobre a higiene do indivíduo, embora semelhantes cuidados também fossem necessários em um momento onde a precariedade infraestrutural do país produzia uma miríade de enfermidades. Não obstante, o movimento pró-higiene mental é uma orientação teórica e prática, custodiada por uma concepção de mundo e de homem, com forte apelo ao indivíduo e à hereditariedade como princípios de uma nação saudável. Não obstante, o que esse movimento entendia por uma nação "saudável"? Como procurou resolver seus dilemas? Qual o papel que a educação ocupou nessa perspectiva? Como os testes ajudaram nessa iniciativa? Como tentaremos explicitar, a Liga [Brasileira de Hygiene Mental] acreditava que a grande chaga da nação radicava nos indivíduos considerados degenerados, menos evoluídos, anormais ou inferiores. Parcialmente viabilizada, uma das propostas encontradas pela Liga para corrigir esse problema foi a de submeter o país a um intenso processo de "depuração social", que consistia na separação de indivíduos superiores e inferiores, em termos de habilidades mentais e aptidões. O critério de seleção eleito pela Liga foi a mente, os instrumentos para medi-la foram os testes psicológicos e um dos cenários privilegiados de intervenção foram as escolas". (p. 02)

Outra questão que nos chama atenção nestas falas diz respeito aos alunos que se mostram agressivos, hiperativos ou indisciplinados e o questionamento que geram nos profissionais da educação que buscam explicações psicológicas para tais expressões. Neste sentido apontamos para o risco de se patologizar tais comportamentos que tendem a ser visto como desviantes dos padrões escolares, já que nem sempre significam uma patologia circunscrita às crianças ou adolescentes.

Ainda relacionado às dificuldades enfrentadas no trabalho com as escolas encontramos o relato de um psicólogo que nos informa sobre alguns trabalhos que desenvolveu. Diz-nos que havia elaborado um projeto a ser desenvolvido com os professores das escolas de referência a ser concretizado na própria UBS, o que não ocorreu devido ao seu pedido de transferência. No entanto, relata que desenvolveu um trabalho anterior com os professores no espaço físico das escolas e que a percepção que teve foi a de professores dispersos, com falta de foco e dificuldade para ouvir o psicólogo, desenvolvendo, segundo ele, um ambiente propício a "lavagem de roupa suja".

> (Psic 2) "Na Vila A. eu bolei um projeto que eu estava botando muita fé, era assim, eu com os professores, por um ano inteiro, no horário de atividades de Gei/Gea [atividades extraclasse], todas as escolas eram próximas eu faria o trabalho no posto, porque eu fiz um trabalho no espaço deles e tudo ficava disperso, era uma agitação, elas não ouviam o que você estava falando, era horrível. Então eu disse: é tamanha a falta de foco no que você está falando que não estou disposto a passar mais por isso! No posto eu não sabia se o pessoal [da escola] ia autorizar, então eu conversei, alguns ficaram resistentes, mas um pessoal da escola havia topado. Então eu estruturei o projeto, fiz um cronograma e apresentei para eles. Eu só pensei na seguinte questão, eu não vou trabalhar de modo a facilitar a lavagem de roupa suja. Então eu tinha pensado em não começar com professores da mesma escola, seria no posto com a mesma divisão do grupo de pais. Eu ia trabalhar com depoimentos deles. Então eu cheguei a estruturar o projeto, fiz um cronograma, comecei a ir nas escolas, mas quando ia começar a chamar os professores eu vi que eu ia sair [pedir transferência] do posto e o trabalho não aconteceu. Eu só telefonei para cada escola dizendo que eu não ia continuar naquele lugar [na UBS] desmarcando, assim, o trabalho. Fora isso eu fiz trabalhos pontuais".

Detectamos pela sua fala a dificuldade de se desenvolver um trabalho conjunto entre psicólogo e professores quando o espaço em que o trabalho se desenvolve é o da escola em que os professores trabalham. Essa mesma dificuldade foi apresentada em

nossa dissertação de mestrado (Bastos, 1999), talvez a escola esteja tão impregnada de conflitos e dificuldades de relacionamento que abrir um espaço para reflexão e aprendizado seja uma tarefa difícil. No entanto, desenvolver um trabalho que leve a reflexão das vivências é de fundamental importância.

Como discutimos na parte teórica, o primeiro momento do processo grupal é a pré-tarefa. Neste sentido a "lavagem de roupa suja" pode fazer parte deste primeiro momento, ou seja, faz parte do processo grupal e como tal deve ser levado em conta. No entanto, o psicólogo quando confrontado com o que ele chama de "roupa suja" cinde e diz que não vai facilitar essa ocorrência. Com isso, acaba não permitindo que as outras etapas do processo venham a ser trabalhadas. Sendo assim, perde-se a riqueza do trabalho, abortando-o.

Muitas vezes isso se dá devido à ansiedade do psicólogo frente a situações que fogem ao seu controle, podendo ocorrer também nos atendimentos clínicos desenvolvidos dentro da UBS. Neste sentido, encontramos nas entrevistas um relato que aponta para a ansiedade do psicólogo e para o tempo como organizador das relações.

> (Psic 1) "Como anamnese é longa o psicodiagnóstico não é em separado, a anamnese também é muito dinâmica. Eu até admiro aquela pessoa que ouve, ouve, ouve e depois de três encontros consegue dar a orientação. Eu acabo fazendo uma coisa muito dinâmica, já ia dando orientação no fim da sessão, se eu percebi que era hiperatividade eu tinha pressa, para sentir que a mãe já ia tendo sugestão, dava bastante sugestão para a mãe dentro da dinâmica familiar. Então era uma anamnese muito longa, que eu ficava muito tempo com as mães e as crianças já chegavam com muita coisa alterada e eu tinha uma clareza muito grande que a criança precisava de atendimento".

Percebemos nessa fala uma ambiguidade quando o psicólogo diz que a anamnese que faz é longa, mas que ele tem pressa quando os casos são de hiperatividade, ou seja, muitas dúvidas x poucas dúvidas; muito tempo x pouco tempo.

Perguntamo-nos, então, o que ocorre para que essas ambiguidades se instaurem. Se a anamnese é longa pensamos que o psicólogo prefere não fechar o diagnóstico, deixando-o sempre em aberto, mas, se o caso é de "hiperatividade" ele opta por orientar rapidamente.

Em realidade, como o profissional sabe que o caso é grave e que precisa de psicoterapia, mas mesmo assim não fecha o diagnóstico pensamos tratar-se de uma antecipação do material – pautado em outras experiências - que ainda não foi trazido para a sessão e talvez não se revele naquele caso. Tendo em vista essa questão, acreditamos que o psicólogo esteja projetando conteúdo seu na criança e em sua família, fazendo com que o mesmo antecipe os motivos que levam o paciente a ter "muita coisa alterada". Se assim for, o psicólogo utilizando de uma vivência que é sua antecipa problemas de outra ordem que não lhe permite fechar o diagnóstico da criança. Isso acaba gerando uma dificuldade do psicólogo ouvir o caso com o qual está trabalhando, gerando uma "distorção" do caso concreto que está sendo atendido, correndo o risco de medicalizar à suposta hiperatividade.

Outra questão levantada está vinculada aos limites que são ou não impostos pela família, pela instituição ou pela comunidade.

> (Psic 1) "Muita queixa escolar, muita queixa de agressividade. Muita queixa de dificuldade com a questão das regras, indisciplina, não fazia lição, uma mãe com dificuldade muito grande de dizer não faça, vai tomar banho. Na escola e em casa muita dificuldade de disciplina, disciplina para a vida. Quando eu fazia a anamnese aquela criança que a professora queixava tinha questões dentro de casa, crianças que precisavam de disciplina como um todo. Alguns a gente vai pesquisar e tinha uma questão de abuso [sexual] na família, então são crianças muito indisciplinadas na escola, não aprendem a ler e escrever de jeito nenhum".

(Psic. 2) “Agora eu estou com um problema, porque quando você é um pouco mais receptiva do que o normal, eu tenho recebido muita gente de fora, de outras regiões. Então eu pergunto: não tem psicólogo na sua região? Eles respondem: eu não sei, eu não procurei. É que eu falei com não sei quem e ele falou que você tinha vaga. Todo mundo acha que eu tenho vaga, entendeu, mas eu não tenho vaga. Estou fazendo uma coisa que eu nem sei se vou achar isso um acerto ou um erro no futuro, mas eu estava muito estressada na Vila A. porque eu controlava a agenda, e eu ficava muito angustiada quando o outro precisava de atendimento e eu não tinha vaga. Agora é tudo no balcão. Então eu tenho tentado lidar com isso. Eu tenho também tentado trabalhar um pouco mais com a autonomia da pessoa, com o empoderamento da pessoa que está em atendimento comigo, o que eu posso contribuir, o que eu tenho passado para a pessoa. Então eu estou com um número de paciente muito grande, então eu tenho ficado com os retornos e tenho diminuído o número de novos, mas eu parei de controlar a agenda. Porque eu fiquei muito doente, eu tenho de 27 para 28 anos de serviço e eu nunca tinha adoecido, nunca tinha tirado licença, só tirei de gestante uma vez. Eu tirava um abono se eu tinha algum problema de saúde, mas agora eu fiquei muito grave, eu peguei uma bactéria, eu percebi que ia adoecer. Eu percebi assim que eu não tava aguentando, não tava aguentando, então eu fiquei muito mal, né? E eu to tentando fazer coisas que eu me preserve um pouco mais. A doença me tirou 60% do peso, e eu passei a não controlar mais a minha agenda, eu faço o melhor que eu posso e digo: tchau, até a próxima, tal não sei o que”.

(Psic. 3) “(...) outra situação, uma criança que eu to atendendo, é um criança que veio não pela escola, mas pela Vara de Família, essa criança estava abrigada, saiu do abrigo e os pais estão cuidando, então tinham mil problemas na escola e a gente precisou entrar em contato, ‘n’ questões de comportamento, de aprendizagem, pra conduta, então ela melhorou na escola, mas pra repetir de ano também, porque como tem essa lei de passar de ano sem repetir, só repete na 4ª. série, na 8ª. série, e a forma que se tinha era encaminhar para o psicólogo tratar, então essa é outra coisa que a gente faz vinculado à escola, a gente pode fazer laudos, pedido, justificando a necessidade de a criança repetir”.

(Psic. 9) ”O nosso bairro possui característica de pobreza social, as mulheres apresentam inercia em relação à vida, todos na região são apáticos, o tráfico predomina. (...) Nesse bairro há uma grande imigração de bolivianos e todos possuem muitos filhos, uma professora mencionou

> que não entende o que eles dizem (...). Eu pedi relatos da escola sobre as crianças que deveriam voltar ao psicólogo e percebi que poucos profissionais colocam a mão na massa".

Pelas falas explicitadas percebemos a dificuldade dos psicólogos com a questão dos limites, sejam eles das regras não impostas pelas famílias, das regras impostas pela legislação escolar, da grande procura dos usuários por atendimento psicológico nas unidades de Saúde Pública ou mesmo daquelas que derivam da comunidade com as quais se trabalha e que tem uma cultura própria, que muitas vezes difere da do psicólogo e por isso é considerada problemática.

Em relação à promoção automática, notamos que a lei impede a escola de ter autonomia em relação à reprovação dos seus alunos nas séries intermediárias. A saída encontrada é o encaminhamento para o psicólogo "tratar", com isso o profissional faz um laudo solicitando a reprovação do aluno. Percebemos que a escola a se ver impedida de burlar a lei da promoção automática lança mão de uma estratégica e encaminha para o psicólogo o aluno que não está rendendo na escola da forma que a instituição espera. É provável que essa estratégia ajude a patologizar a problemática escolar. Mais uma vez vemos que o psicólogo, como categoria, continua se propondo a separar os aptos dos inaptos, ranço do higienismo no Brasil.

Outra questão que aparece em uma das falas e que podemos tomar como sendo do porta-voz do grupo é a postura onipotente do psicólogo que ao tentar abarcar toda a clientela que literalmente lhe bate a porta, acaba adoecendo. É interessante notar que o restante da unidade de saúde parece não fazer parte do universo profissional do psicólogo na UBS. Além de atender sem a necessidade de encaminhamento de outro profissional, com quem poderia vir a discutir o caso, o trabalho do balcão não é utilizado. O psicólogo teve que adoecer gravemente para perceber, após 27 anos de

efetivo serviço, que na unidade de Saúde Pública pode-se contar com o apoio de outros profissionais, diferente do que em geral ocorre no consultório particular.

Percebe-se também que o psicólogo, após a sua doença, é que se permite trabalhar com a "autonomia" da sua clientela. O que nos faz pensar que antes desse episódio cada ato era da inteira responsabilidade do profissional, sobrecarregando ao extremo o seu dia a dia de trabalho não incentivando o crescimento do usuário. Essas questões justificam a angústia vivenciada e posterior adoecimento.

Mesmo assim o psicólogo não fica a vontade em delegar a responsabilidade do agendamento para o balcão, pois acredita que os profissionais dessa área não têm a mesma atenção que ele no desenvolvimento da tarefa.

> (Psic 2) "Agora, depois da doença, todo o agendamento fica com o balcão. Aqui, nesse posto, acho que as pessoas são mais conscientes do seu papel, e eles ficam com a minha agenda. Antes da doença, pintou uma reunião de ultima hora, eu ligava para todas as pessoas para agendar a próxima sessão, agora as meninas [do balcão] falaram assim: nós agendamos. Só que eu percebi que elas não têm a mesma atenção que eu tenho, mesmo assim eu anotei os telefones que elas têm que ligar para agendar o retorno. Então são essas coisas que eu estou fazendo para aliviar, né? Para diminuir o meu estresse. Eu tenho ficado muito mais cansada do que antes e agora eu estou tentando gerenciar o meu trabalho".

Para preservar a sua saúde o psicólogo concorda que o balcão desempenhe a tarefa que lhe é própria, mas que até então foi de sua exclusiva competência.

Podemos pensar que também há uma dificuldade do psicólogo em lidar com os limites impostos pela instituição que o contrata. Limite que acaba sendo percebido como abusivo, invadindo o profissional. Acreditamos que as próprias regras

institucionais, com seu enquadramento, são percebidas como abusivas levando à sensação de desconforto.

Experiências de violência aparecem de forma intensa em outros momentos do material coletado.

> (Psic 1) “Na anamnese já existiam indícios de abuso [sexual], todo ano tinha. (...) Eu tive meninos [em relação ao abuso], mas a maioria eram meninas. Eu tive gêmeas que o avô abusava das duas, crianças com sete anos, foi um caso que me chamou muito a atenção. Em relação à indisciplina a maioria eram meninos. Em relação à dificuldade de ler e escrever, meninos. Mas quando ia para a questão do abuso eram meninas. Hoje a questão do computador, a mãe perdendo as rédeas. Jogos no computador. A mãe, ah! (...), mas eu não consigo! Eu tive uma avó, ela veio solicitar uma vaga com o braço quebrado, porque o neto de quem ela cuidava queria ir para a Lam House e ela queria que ele fizesse lição, então tiveram um embate e ele quebrou o braço dela, foi um caso grave. (...) Eu tenho visto nos últimos anos um aumento significativo nisso. Alguns já no vício. Sempre meninos de novo, no vício. O que quebrou o braço da avó já estava no vício”.

> (Psic. 2) “Eu tive um menino que viu o pai matar a mãe com uma facada na cabeça e isso apareceu no teste. Um teste totalmente desestruturado no começo e depois de um ano de terapia eu reavaliei [a criança] e o teste estava mais bem estruturado”.
> (Psic. 7) “Agora dentro da minha rotina também atendo a vítima de violência, então a gente verifica qual a necessidade. Quem me encaminha essa demanda são os médicos, chama núcleo de prevenção à violência (...) geralmente os casos aparecem nos hospitais, ou vem o encaminhamento de fora para cá (...) nós chegamos a fazer encaminhamento para o Conselho Tutelar (...) para as Varas [de Família] para o Conselho do Idoso, por exemplo. Ou mesmo para outro local que possa oferecer um atendimento, nós temos uma ONG que atende mulheres vítimas de violência também com apoio multiprofissional, apoio jurídico”.

> (Psic. 9) “Essa região apresenta muitos casos de violência doméstica, abuso sexual e estupro. Eu tive um caso de uma menina de 12 anos que foi abusada sexualmente pelo

> padrinho no quintal e a mãe não acompanhou na delegacia nem no hospital".

Percebemos pelos relatos dos psicólogos que experiências de violência são corriqueiras na vivência do profissional que atua em órgãos de Saúde Pública. A violência é relatada como própria do cotidiano dos usuários do serviço, tanto nas suas casas quanto nas suas comunidades.

A violência também aparece no dia a dia de trabalho dos profissionais contratados por serviços públicos, tanto os da saúde como os da educação. Isso acaba gerando um forte estresse que dificulta a manutenção dos serviços. Acreditamos que os profissionais também sofram devido à violência com que os programas de governo são instituídos nos locais de trabalho. Muitas vezes instaurados sem uma prévia discussão com os trabalhadores envolvidos na tarefa, programas que "vem de cima para baixo" fazendo com que os profissionais acatem normas das quais nem sempre concordam ou estão familiarizados, como, por exemplo, os contratos dos órgãos da saúde com as Organizações Sociais (OS's) ou a promoção automática nas escolas.

Outra questão que aparece nas entrevistas está ligada à equipe multiprofissional que se mostra com pouco envolvimento no trabalho.

> (Psic 1) "Olha, eu fazia o planejamento familiar. Quando a assistente social que fazia o planejamento familiar foi embora ninguém queria pegar [essa atividade], aquela coisa que fica sem dono, ninguém queria pegar e a enfermeira que seria a herdeira de direito era muito ocupada, de verdade, muito competente, mas muito racional, muito técnica, pouco vinculo com os pacientes, uma enfermeira com jeito de enfermeira, eu pensei: coitado do povo do planejamento, com esse perfil! A outra psicóloga muito minha amiga, o grupo de pais ela fazia, mas não atendia mais grupo. Então o grupo [de planejamento familiar] ficou sem pai nem mãe, então eu disse: eu pego. Na verdade a minha chefia não desejava, nem a do posto nem a das psicólogas. E eu fiquei anos e anos, cinco anos fazendo planejamento, [nisso] eu acabei

> abrindo contatos, um pouco de contato com a ginecologista que assinava os documentos do planejamento, eu não consegui criar outro vínculo que não fosse assinar, e enfermeiras que vinham e iam, então as enfermeiras entravam e saiam de modo bem fraco. Depois do último ano, quando teve concurso para assistente social, a assistente social também chegou a entrar. Então, aquilo de fazer planejamento, eu não ficava como no primeiro ano: a sala e eu, eu e a sala. Eu não vou dizer que eram amigos, que tudo era combinado, isso não existe. (...) Então eu tive vínculo por conta do planejamento, na visita ao meu grupo, nessa entrada e saída acaba abrindo alguns contatos".
>
> (Psic. 2) "Agora aqui eu to muito restrita ao espaço [físico] to fazendo o atendimento clínico individual e faço, num espaço fora daqui, atendimento de relaxamento em grupo, que apesar de ser um espaço fora da unidade estou prestando serviço para a unidade, mas eu acho muito chato, você tem que sair, tem que voltar, pega o carro e tal (...). Eu sinto falta de alguém me ajudando, mesmo que não fosse psicólogo, se fosse alguém do balcão me ajudando já estava bom. Eu tenho vontade de organizar grupos, de fazer coisas, eu vou montando atividades e se a estrutura do posto não dá fico sem fazer, por exemplo: digita isso pra mim [referindo-se ao pedido feito aos auxiliares administrativos da UBS]. Se eles não digitam o trabalho fica sem ser feito. Se a estrutura do posto mudasse eu poderia fazer muita coisa".

Tomando esses psicólogos como porta-vozes do grupo, percebemos que a equipe de trabalho da UBS acaba por não assumir os programas que compõem a agenda de serviços a serem oferecidos à população de usuários. Com isso, alguns programas ficam sem serem assistidos por uma equipe multidisciplinar, ficando a atividade a cargo da boa vontade de quem decide assumi-los. Encontramos aqui a onipotência do psicólogo que assume a atividade indo contra a indicação dos seus superiores e a impotência do restante da equipe que não se vê em condições de assumir a tarefa.

Não sabemos, no entanto, se a equipe não funciona bem quando o trabalho é feito em parceria ou se os psicólogos é que tem dificuldade de trabalhar em equipe, já que a experiência de atuação multidisciplinar ou transdisciplinar pouco acontece nos

cursos de graduação ou mesmo nos de pós-graduação em Psicologia, pois tendem a focalizar a parte teórica em detrimento da prática, já que essa é mais comum ocorrer nas atividades de extensão universitária ou nos estágios e residências acessíveis a poucos. De qualquer forma a experiência profissional é solitária, não sendo possível constituir uma equipe de trabalho. Isso também ocorre em relação ao trabalho com as escolas, configurando uma experiência de abandono.

Notamos que os profissionais trabalham sozinhos, apesar de desejarem o apoio de outros servidores públicos. E também que o espaço físico da unidade acaba por forçar o psicólogo a desempenhar as suas funções prioritariamente em atendimentos clínicos individuais. Apesar das justificativas dadas nos perguntamos: se houvesse um espaço físico adequado e se os demais profissionais da unidade fossem colaboradores as suas atividades sofreriam transformação ou se manteria os atendimentos nos moldes do profissional liberal por ser esta a possibilidade encontrada por esses servidores para aplacar a angústia e lidar com a frustração que o trabalho desperta?

Nesse sentido, destacaremos uma experiência de ataque vivido pelo profissional da saúde em sua atividade diária.

> (Psic 1) “Entrevistador: Na sua experiência quando aconteceu o trabalho com as escolas?
>
> Psicólogo: No primeiro ano, até tentei um pouco depois do primeiro ano, mas [o trabalho era] muito ruim, muito fraco. Quando eles veem que você não vai buscar uma lista [de crianças para atendimento psicológico], que não vai atender todo mundo, a tendência delas [profissionais da educação] é se afastar. Para mim foi, talvez eu não tenha esse perfil. Eu ficava assim: será que eu não sei fazer, será que se eu fosse mais simpática, será que seu eu mudasse o discurso. (...) Eu sempre ficava achando que eu devia melhorar. Eu fazia um encontro, outro, no terceiro começavam a lixar a unha, então eu falei: Ah! Eu não volto. Eu não preciso passar por isso. Tinha uma escola que ficava nas costas [da UBS]. Prefeitura e estado têm

> muito disso, de dividir o terreno. Então a escola ficava nas costas [da UBS], a gente poderia ter feito uma grande parceria, mas quando as professoras começaram a lixar a unha então eu pensei: depois de 21 anos [de prefeitura] eu não vou passar por isso. Não voltei mais naquela escola. Então tenta um pouco aqui, tenta um pouco ali. Teve uma escola que foi muito interessante, teve uma experiência que eu achei legal. Havia um menino muito agressivo, na anamnese a cuidadora falava: a mãe está presa, a mãe batia nele com pregos, madeira com pregos, ela foi presa devido à violência exercida nele. O avô tava preso porque era bandido, o pai não se sabe, então eu to cuidando [dizia a cuidadora]. Então eu [psicólogo] fui na escola e vi que cada época a criança estava numa classe e o diretor da escola disse que o que faltava para ele era surra. Eu disse: surra é o que não falta. Então teve uma reunião com o diretor, a coordenadora pedagógica, a professora e eu, [todos] para falar do menino. Então eu falei e foi muito legal. Compreenderam melhor o menino e a relação na classe foi um pouco melhor, e o menino conseguiu ficar lá, meses e meses na mesma classe, e aí terminou o ano naquela sala".

Notamos que o ataque é sofrido não apenas pelo profissional que vê o seu trabalho ser desqualificado, a experiência relatada é de muita violência - violência ao profissional e violência à criança. No entanto, apesar disso, o profissional ainda se questiona se existe alguma coisa própria dele ou de seu trabalho que incomode o outro, fazendo com que o ataque ocorra. Apesar disso, o psicólogo relata ser possível uma experiência de sucesso no trabalho com as escolas.

> (Psic 1) "Então tem escola que, apesar da loucura, você consegue achar uma brecha, mas são exceções. Eu fui na delegacia de ensino, ia na escola, na igreja, mas a minha rotina era na sala [de atendimento psicológico]. Apesar de eu ter formação para não fazer só a clínica eu tinha dificuldade de ter braços para fazer outras coisas. Eu procurava não fazer só a clínica, mas boa parte do tempo eu ficava na sala".

> (Psic. 2) "E eu servi como interprete dele lá [na escola]. E a professora que mais estava fomentando a má fama dele ela virou no final e disse: deixa ver se eu entendi! (...). Ela falou tudo o que eu queria ouvir e eu falei que estava muito satisfeita. (...) Quando eu faço à estatística e tem tanto atendimento individual, eu penso: será que vão

> lembrar que a minha sala é pequena? E eles podem pensar que sou um psicólogo que quero colocar o consultório particular dentro de uma UBS, mas realmente eu não estou vendo outra possibilidade. A menos que eu comece a sair do espaço [da UBS]".

No entanto, apesar de haver experiências bem sucedidas no trabalho com as escolas a sala de atendimento acaba se tornando um refúgio para os profissionais, que encontram conforto no seu ambiente privatizado. Muitas vezes isso faz com que a filiação do psicólogo em relação à instituição que o contrata se mostre negada e o trabalho clínico voltado ao usuário considerado individualmente seja o escolhido. É importante salientar que essa forma de atuação não contempla ações mais abrangentes voltadas à instituição entre os âmbitos da psicologia social, grupal e institucional.

Salientamos que mesmo havendo crítica por parte do profissional que esse tipo de atendimento é insuficiente para dar conta de toda a complexidade que o trabalho dentro de uma instituição encerra os profissionais não veem possibilidade de atuar de outra forma, muitas vezes devido à falta de preparo conceitual que os instrumentalize na atuação com grupos e instituições, ou mesmo pela falta de clareza dos programas instituídos na área da saúde, que muitas vezes são implantados sem a devida discussão com os trabalhadores.

Notamos que não há uma supervisão gerencial dos trabalhos desenvolvidos nas UBS's o que facilita a escolha do profissional pela tarefa que mais lhe conforta. Verificamos que o psicólogo percebe a inadequação dessa ação quando afirma que os gestores podem pensar que ele é um psicólogo que quer colocar "*o consultório particular dentro de uma UBS*". Para justificar a sua atuação, desenvolvida nos moldes do profissional liberal, ele cita o espaço inadequado que tem dentro da UBS, formulando a hipótese de que se saísse da unidade de saúde poderia desenvolver um trabalho diferente, reforçando a angústia e frustração que sente no trabalho dentro da

unidade de saúde e que, na sua fantasia, poderia não existir se estivesse em outro espaço.

> (Psic 1) “Uma vez eu recebi uma cartinha da escola onde elas lixaram as unhas. Tinha mudado a equipe, uma professora me ligou para falar de uma criança. Eu disse: vamos falar pessoalmente? Porque nós temos o tal, o tal e o tal em comum, então vamos sentar para conversar. Então marcamos: 2ª feira, 15:00h. Eu fui e você estava lá? Não tinha ninguém! Eu encontrei uma auxiliar de direção e troquei três palavrinhas com ela. Nunca mais teve contato nenhum. Isso foi de uma profunda falta de educação. (...) Existe muito desrespeito, eles marcam e não encontramos ninguém e eles nem dão um telefonema pedindo desculpas e dizendo: a gente marca de novo”.

De novo o ataque é explicitado, agora entendido como desrespeitoso, deixando o profissional muito magoado e ressentido por não ter sido percebido o real valor do seu trabalho. O profissional, diante das dificuldades que surgem se afasta devido à experiência de frustração e não se permite refletir sobre as questões vivenciadas que poderiam propiciar uma retomada do trabalho posteriormente, com isso, ele abandona a atividade.

Mesmo não tendo uma experiência gratificante os profissionais fazem uma leitura crítica dos problemas enfrentados pelas escolas mantidas pelo governo.

> (Psic 1) “(...) não existem mais as classes especiais por causa da inclusão. Sete ou oito anos atrás existiam esses pedidos de avaliação [para Classe Especial] e nós recebemos uma orientação para não fazer essa avaliação. Mas, vez ou outra, eu acabava fazendo. Nos governos do Alckmin e Serra foram fechando as salas especiais. A notícia é muito ruim. As crianças ficaram completamente abandonadas. O discurso da inclusão é muito bonito, mas eles fecharam as salas e não colocaram nada no lugar. Algumas crianças ficam completamente abandonadas. Eu tive criança que chegava na 5ª série e a mãe me procurava porque ele não sabia ler o nome dele. Ele conseguia reproduzir o nome, Anderson, mas aquele “n” no meio do nome ele não entendia. Então a criança não conseguia compreender a escrita que ele tinha feito do nome. Então

> ele não queria ir para a sala porque era o tonto, o bobo, o idiota da turma, era “discriminadézimo”. Então a mãe: ah! O que eu faço? Foi uma das minhas idas a delegacia de ensino. Então eles fecharam as classes especiais e não colocaram absolutamente nada no lugar. De uns dois anos para cá, 2009, 2010, estão existindo salas, na prefeitura tem um nome, no estado outro, que são salas de apoio. Essa escola aqui, que fica nas costas [da UBS], pediu que eu atestasse que o aluno tal, aluno tal, era portador de necessidades especiais e que estavam jogados em salas de aula, porque tinham alunos que estavam na 6ª, na 7ª série, e não sabiam ler. Então eles precisavam de uma sala que desse apoio pedagógico. Então eles fecharam as salas especiais, mas tiveram que abrir essa sala de apoio é o que está acontecendo hoje na prefeitura e no estado. As crianças ficam um período na sala com crianças que tem a idade deles e o outro na sala de apoio para alfabetização. Então socialmente eles estão fazendo a inclusão, mas eu não acho que precisava ser assim. Eles ficam, por exemplo, das 7:00h as 9:00h na sala onde por lei eles deveriam estar, porque não tem reprovação, e das 9:30h ao meio-dia ficam na sala de apoio onde eles estão se alfabetizando”.

Nessa fala encontramos o drama social vivido pela clientela que frequenta a escola pública devido aos programas de governo – Educação Inclusiva e Promoção Automática. O profissional faz uma crítica muito pertinente às questões institucionais relatadas. No entanto, as dificuldades vivenciadas pelo psicólogo se tornam tão grandes que a impotência gerada faz com que o profissional da saúde também se sinta abandonado em seu local de trabalho da mesma forma que a criança é abandonada na escola.

> (Psic 1) “O que eu estou vendo é isso, as crianças dentro do mesmo horário, num período complementar, duas horas uma, duas horas outra com professores melhor qualificados do que tinha sido no passado. Então essas crianças foram para a 5ª, foram para a 6ª (série) sem estarem alfabetizadas. Teve uma mãe que pediu um relatório que o filho não poderia ir para a 5ª série, e eu fiz. Ela pediu também um relatório para a pediatra e pediu também para não sei quem, sei lá. Eu sei que ela se encheu de carta e foi na delegacia de ensino, foi lá e nada, então ela foi no jornal. No dia seguinte ‘estenderam um tapete vermelho na porta da casa dela’ e colocaram a criança no

> local pedido pela mãe. Tinha uma escola aqui no J. que tinha uma sala própria para ele, tinha transporte, mas ele nunca se alfabetizou porque além de ser especial ele era psiquiátrico. Pelo menos ele estava em uma sala com iguais, mas ele não conseguiu se alfabetizar mesmo, mas a mãe fez um movimento para conseguir deixá-lo em uma sala adequada. Então esses movimentos no posto a gente acaba fazendo (...)".

As experiências apontadas acima nos mostram ações entre pais e profissionais da saúde para que os mesmos não se submetam aos programas pré-estabelecidos instituídos pelo governo. Percebemos uma forte resistência onde os diversos atores não ficam parados, isolados dos demais. Essa resistência se expressa muitas vezes pela denúncia apoiada nos direitos humanos, nesse caso o direito a uma educação de qualidade.

> (Psic 2) "Ultimamente eu sinto que os professores estão sendo muito cobrados da questão do conteúdo pedagógico e, eu acho que eles estão gastando muito tempo para lidar com a questão emocional do aluno, como ele [o aluno] se relaciona na escola, a questão de regras, de limites. Eu diria assim: 80% ou 90% do tempo dos professores é gasto com o lidar com os alunos, então como fica o resto? (...) Então eu acho que o conteúdo pedagógico não é passado devido aos problemas de comportamento [dos alunos]".

O profissional nos leva a pensar que devido à dificuldade que professor tem de lidar com os alunos e compreender a vivência destes faz com que o trabalho de facilitador na transmissão de conhecimento fique prejudicado. Segundo o psicólogo o professor gasta até 90% do seu tempo de aula tentando lidar com as questões trazidas pelos alunos para sala de aula, com isso o conteúdo pedagógico deixa de ser contemplado quase que na sua totalidade.

Essa fala nos faz refletir que a realidade em nossas escolas públicas é caótica. Ocorre de os alunos irem para essas instituições com dificuldade de relacionamento interpessoal e, também, com dificuldade de lidar com regras e limites que são essenciais a vida em sociedade, isso faz com que o professor use boa parte da sua aula para

trabalhar essas questões com os alunos, pois, sem isso, o processo ensino-aprendizagem não acontece. Essa realidade acaba por deixar o professor e os alunos esgotados, deixando o conteúdo pedagógico em segundo plano, fazendo com que o processo ensino-aprendizagem e a experiência de socialização na escola se tornem desagradáveis para todos os envolvidos.

Muitas vezes os comportamentos expressos pelos alunos e que são considerados inadequados pela escola geram a exclusão desses, muitas vezes configuradas através de segregações em salas de aula diferenciadas, não seguindo com isso a proposta de inclusão preconizada para essas instituições.

> (Psic. 3) “Existe outro tipo de sala que chama PIC, alguns colégios tem (...) é uma espécie de classe especial. São salas para alunos problemáticos, uma sala dos restos, podemos dizer. (...) são salas que a gente mantém contato pra avaliar alunos”.

Notamos que as escolas encaminham os seus alunos “problemáticos” para os psicólogos avaliarem, provavelmente para referendar a exclusão já feita pela escola. Assim, alunos que não se adequam às regras e normas preconizadas por essas instituições são depositados em “sala de restos” como se fossem objetos a serem depurados.

> (Psic. 4) “Teve uma criança que eu atendi que agrediu outra criança, agrediu a professora. (...) Essa criança (...) não teve alta, ela acabou desistindo [do atendimento psicológico] e a escola não se queixou mais. Depois eu fiquei sabendo que o menino estava em outra escola, aí ele já tava com atendimento neurológico, parece que tava mais assentado”.

Lidar com questões do âmbito social e politico-pedagógico como sendo um problema inerente ao aluno e circunscrito ao seu organismo tem sido um fenômeno comum em nossas escolas, nomeado como medicalização da educação. Nesse sentido, diz-se que as crianças não aprendem ou não se comportam adequadamente na escola

devido a transtornos neurológicos que interferem em campos tidos como fundamentais para a aprendizagem, dentre eles: percepção e processamento de informações, atenção e habilidades sociais. Dentre os transtornos comumente associados ao baixo desempenho escolar estão o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e o TOD (Transtorno de Oposição e Desafio) que tem levado um número cada vez maior de crianças e adolescentes a serem medicados com um estimulante do sistema nervoso central conhecido pelos nomes comerciais Ritalina® e Concerta®.

Essas medicações, na maioria das vezes, estão a serviço da contenção dos comportamentos considerados inadequados. Com isso, crianças e adolescentes são aprisionados a céu aberto e sofrem com os efeitos devastadores que a droga administrada lhes causa.

A Ritalina® é a medicação mais comumente receitada e têm sido apelidada pelos seus críticos de “droga da obediência”, estes alegam que quem não se submete às regras impostas pelas instituições é quimicamente assujeitado. A “droga” tem sido adotada como pretexto para dissimular falhas no sistema educacional e em nome da normatização da conduta tem sido cada vez mais administrada. Em dados divulgados em fevereiro de 2013 detectou-se que houve um aumento de 75% nos últimos três anos na prescrição desse tipo de droga para menores de 16 anos, mostrando indícios de uma “supermedicação”.

Não sabemos qual foi à indicação feita pelo neurologista para esse aluno ficar “mais assentado”, mas pode ter havido a prescrição de um psicotrópico para contê-lo. O que foi descrito é que ele não deu sequência ao atendimento psicológico e mudou de escola.

> (Psic 2) “(...) eu acho que os professores têm uma formação, principalmente na prefeitura, eu acho que uma formação interessante, mas eles não conseguem realizar certas coisas. Primeiro pelo número de alunos em sala e segundo porque falta, no mínimo, saber de si mesmo, estar bem consigo mesmo, para tratar não só o conteúdo [pedagógico], mas conhecer a criança com quem se trabalha”.

O psicólogo volta a apontar as dificuldades enfrentadas pelo professor no seu fazer diário, destacando o grande número de alunos por sala. No entanto, afirma também que o professor “não sabe de si mesmo” e que “não está bem consigo mesmo”, questões que, para ele, dificultam o conhecimento da criança com que se trabalha. Nesta fala percebemos que para o psicólogo o mais importante na escola não é só a transmissão do conteúdo pedagógico, mas também a relação entre o professor e o aluno.

Segundo ele para que o professor conheça a si mesmo e esteja bem consigo e, consequentemente, se torne um bom profissional, é necessário que ele receba um tratamento empático e um acolhimento psicológico.

> (Psic 2) “Então eu acho que nós temos que ter um contato muito mais empático com o professor é fundamental ouvir a angústia dele e a expectativa que ele tem, ter um diálogo com ele, fazer um acolhimento com o professor. Muitas vezes só um toque, uma organização, um olhar ajudam o professor”.

São muito interessantes suas colocações e, sem dúvida, podem ser colocadas em prática, mas o profissional não informa o local que essa abordagem deva ser feita. Acreditamos que essa forma de se relacionar com o professor possa vir a ocorrer na escola, em grupo operativo, tratando, por exemplo, da angústia e da expectativa que o professor tem, dividindo com seus pares da mesma escola ou de escolas diferentes, trabalhando as suas dificuldades com o intuito de superá-las. Portanto, o psicólogo sabe o que pode ser trabalhado com as escolas, mas não o faz devido à experiência que o

trabalho institucional ou interinstitucional desperta nele, tais como: frustração, impotência e ataque.

Volta-se a falar da parceria entre os profissionais das UBS's, que se mostra frágil, e da supervisão que não é oferecida pela rede pública de saúde, ambas as ocorrências acabam por gerar angústia nos psicólogos.

> (Psic. 1) "sem parcerias e sem supervisão. Na época da Erundina havia supervisão, nunca mais nada".

Essa vivência provoca a sensação de desamparo e abandono. A instituição da forma como se organiza não possibilita a criação de parcerias, propiciando o isolamento do profissional. Com isso, o psicólogo fica de fato sozinho, exercendo em sua atividade diária o que é possível tendo em vista as questões inerentes à instituição onde está inserido.

É sabida a importância da supervisão para a atividade do psicólogo, bem como, a importância que o trabalho em equipe tem nas instituições públicas. Sem esses recursos o profissional tem que lidar com a angústia que o trabalho com poucos recursos proporciona.

> (Psic. 2) "A minha formação é mais em serviço, eu fiz terapia yunguiana, foi uma linha que eu procurei porque achei que tinha a ver comigo Eu fiz supervisão com a Ivete (do departamento de psicologia clínica da USP) durante muitos anos, eu pagava supervisão fora, eu paguei supervisão muito tempo na linha analítica, então era ótimo, foram muitos anos de supervisão semanal. Eu trabalhei no Hospital das Clínicas, eu e um colega, eu sempre acho alguém que faça junto comigo a supervisão".
>
> (Psic.4) "Antes eu participava muito de cursos, mas no momento atual eu prefiro ficar nos atendimentos, mas eu acho que o governo que mais investiu na saúde mental foi o da Erundina, na época nós tínhamos supervisão".

Nestas falas encontramos também a necessidade de supervisão para que se desenvolva bem o trabalho no serviço público. É interessante notar que apesar do psicólogo dizer que a sua formação é em serviço ele precisa lançar mão de recursos próprios para custear a supervisão necessária. Essa questão é muito comum entre os psicólogos que atuam no serviço público, o governo investe pouco na formação de seus profissionais e quando há necessidade de uma interlocução o profissional busca ajuda em um espaço privado. É importante destacar que a busca por ajuda, para melhor definir o trabalho a ser desenvolvido, pode se dar entre os pares, nos cursos oferecidos, nas reuniões de saúde mental ou na discussão de caso entre os profissionais de diferentes formações acadêmicas dentro da UBS.

> (Psic. 4) “Agora nós temos reunião de saúde mental e a gente reveza uma vez uma psicóloga vai outra vez outra, nós temos, mas é uma vez por mês, as reuniões são por região, aqui é a região norte, e tem essas reuniões mensais. Agora com a chegada da OS (Organização Social) eu não sei como vai ficar, é uma incógnita, mas depois do sofrimento do PAS, hoje estou trabalhando normal, mesmo diante da incógnita”.

Percebemos que o profissional prefere o seu trabalho dentro da unidade de saúde deixando, inclusive, de fazer novos cursos para se dedicar aos atendimentos individuais e grupais. O profissional nos informa sobre os dissabores das várias mudanças políticas que ocorrem na Saúde Pública, incluindo a troca de governo e as várias políticas instauradas, primeiro o PAS e atualmente as OS’s. O profissional diz-nos, no entanto, que depois do sofrimento com o PAS agora trabalha “normal”, mesmo diante da incógnita que a administração das OS’s impõe. Novamente acompanhamos a impotência vivenciada pelos profissionais por não poderem fazer frente às políticas de governo, com isso refugiam-se na sala de atendimento psicológico a fim de aplacar a angústia despertada.

Outra questão que se mostra diz respeito à reflexão sobre a produção do fracasso escolar, bastante difundido através de cursos e publicações na área da Psicologia, mas que pouco aparece nas entrevistas. Quando surge a reflexão ela não subsidia o trabalho com a escola, pois a preocupação do psicólogo se volta para a produtividade exigida no trabalho na Unidade Básica de Saúde.

> (Psic. 5) "A questão da dificuldade de aprendizagem é uma questão complexa. Atribuir a dificuldade de aprendizagem ao aluno e não a falha de um processo de ensino-aprendizagem é uma questão. Em geral falta um preparo dos professores. A escola acha que o problema é da criança, é da família, e é pro psicólogo resolver. E eu acho que tem dificuldades de ambos os lados. Agora aqui não dá pra fazer trabalho com as escolas, porque tem a questão da produtividade, cada trabalho que eu faço conta como atendimento individual. Eu acho que a política de saúde não é no sentido de trabalhar a prevenção é muito assim: número".

É muito interessante a reflexão que o profissional faz sobre se projetar na criança e nas famílias as causas das dificuldades de aprendizagem, tirando o foco da problemática de sobre a escola, endereçando a suposta dificuldade para o psicólogo trabalhar. A questão da produção do fracasso escolar tem sido muito discutida pelos órgãos de classe e por instituições de ensino que formam psicólogos em nível de graduação e pós-graduação. No entanto, o psicólogo apenas reproduz o discurso, tornando-o vago e inconsistente. Pois isso não justifica não se fazer um trabalho com as escolas, já que a produção do fracasso escolar, que leva a projeção da dificuldade sobre os alunos e suas famílias, poderia ser trabalhada com a comunidade escolar, incluindo a expectativa que se tem do trabalho a ser desenvolvido pelo psicólogo. Nesse sentido, pode-se trabalhar, também, a patologização da educação.

Outra reflexão que o psicólogo faz é sobre a forma de se faturar os trabalhos desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, afirma ele que todos os trabalhos são

computados como individuais e que o principal para a equipe que gerencia não é o trabalho de prevenção e sim os números faturados. Sabemos, por termos trabalhado na Saúde Pública, que é possível lançar nas planilhas de faturamento os atendimentos grupais e outras formas trabalho desenvolvidos nas UBS's – como trabalhos educativos, por exemplo - que vão além dos atendimentos individuais, não sabemos, no entanto, porque o profissional não faz esse tipo de lançamento.

Outro profissional também relata sobre a cobrança por produtividade que existe dentro das unidades de saúde.

> (Psic. 2) "E a prefeitura nos cobra uma estatística e agora, com o PSF [Programa de Saúde da Família], eu senti que o trabalho não passava apenas a ser cobrado, mas determinado, foi quando eu resolvi sair [da UBS anterior], não vai dar, né? E eu fui atender a uma idosa que eu sentia que andava a passo de tartaruga, eu tentei mil coisas com ela, e com a estatística aquela velhinha não dava. Eu acho legal ter cobrança, mas eu acho que deve ser uma cobrança muito próxima, sabendo como é o seu trabalho, onde somos obrigados a falar os porquês, não uma estatística muito engessada."

O psicólogo faz uma crítica relacionada à forma com que a prefeitura faz a estatística da produtividade de cada profissional. Ele percebe que a avaliação é quantitativa e tem a expectativa que a mesma seja feita qualitativamente. O profissional também relata que com o PSF e, consequentemente, com as Organizações Sociais a cobrança por produção se torna ainda mais rígida, por isso opta por se transferir para outra unidade de saúde, ainda administrada pela prefeitura, onde ele tem uma suposta autonomia no trabalho.

Uma nova crítica à administração da prefeitura é explicitada.

> (Psic. 2) "Agora querem que a nossa agenda tenha vaga para fora, e eu fiquei muito brava porque me mandaram pacientes que não são daqui, e eu já atendo um monte de gente, mais os de fora não dá! Eu faço um número de

> atendimentos (...) que se eu ficasse nove horas [por dia na unidade] eu não faria um número de atendimentos maior.”.

Sabemos que cada Unidade Básica de Saúde deve dar conta dos usuários moradores na região de referência daquela UBS. Portanto, não é esperado que se orientasse o profissional a atender pessoas de outra área de abrangência, como o profissional cita. Uma hipótese que temos é que com a inserção das Organizações Sociais nem todas as unidades contem com psicólogo em seu quadro, gerando uma demanda reprimida que busca atendimento em unidades de saúde distantes de suas casas. Outra questão que surge diz respeito à instauração da agenda regulada, que fica no sistema, nela as vagas aparecem em todas as UBS da rede. No entanto, apenas o primeiro atendimento é feito e o profissional encaminha o usuário para a unidade mais próxima da sua casa, que pode não ter vaga, mostrando o caos do sistema.

> (Psic. 6) “Essas vagas ficam no sistema, no computador, e vai pra qualquer lugar da rede, então vem gente da C do M [bairro onde mora o usuário], vem gente de qualquer lugar, onde apareceu à vaga eles marcam. Assim, eu sou obrigada a fazer o acolhimento e encaminhar pra unidade de origem, mas é importante deixar essa porta aberta”.

Fica claro que as vagas vão para a rede como um todo, acontecendo de se receber pacientes que não ficarão em atendimento na sua unidade de saúde, fazendo com que se faça a primeira entrevista e se encaminhe o caso para a unidade de saúde mais próxima à casa do usuário. É importante ressaltar que o usuário expõe sua problemática, sua dor e seus conflitos, que muitas vezes o fragiliza, e após uma consulta é dispensado. Portanto, seria mais eficaz e menos traumático se as vagas fossem destinadas apenas a unidade de saúde de onde se originam os atendimentos, mas quando se lançam as vagas no sistema isso deixa de ser possível, mostrando que a crítica feita pelo psicólogo é plausível.

Também encontramos nas entrevistas a dificuldade dos psicólogos nos trabalhos desenvolvidos com a equipe médica das UBS's.

> (Psic 1) "Eu cheguei a fazer um grupo, eu e o médico, mas ele dava aulinha, mas eu não consegui um diálogo com ele que não era daquele jeito [com aulas]. Foram uns sete encontros só, porque ele dava aulinhas, aulinhas disso, aulinhas daquilo. E ele dizia: isso é uma besteira, isso é uma idiotice [comentando as músicas que os adolescentes gostavam] e eu não sabia muito bem como lidar com aquilo, não consegui fazer um contraponto legal. E os adolescentes foram esvaziando o grupo, porque havia no médico uma postura de aulinha e valoração, isso presta, isso não presta, conselhos e aí não rolou. De outra forma teria rolado? Não sei! O adolescente não tinha obrigatoriedade nenhuma de ir [no grupo], não sei se de outro jeito teria rolado, não sei como seria no outro modelo".

Novamente o profissional apresenta uma crítica pertinente. Sabemos que existe uma realidade hierárquica entre os profissionais médicos e não médicos, onde o médico se sobrepõe aos demais profissionais devido à luta histórica pelo poder. Mesmo assim, apesar da dificuldade na parceria entre o médico e o psicólogo, o trabalho ocorre da forma que é possível. O profissional não se mostra satisfeito com o resultado do trabalho, mesmo assim há uma disposição em tentar desenvolver uma atividade profissional em parceria com o médico, mesmo estando esse a serviço da higienização do espaço social.

Acreditamos que as atividades desenvolvidas em equipes multidisciplinares requerem muita disposição de cada uma das partes envolvidas no processo e que o trabalho em parceria exige maturidade profissional de todos os envolvidos, sendo mais difícil executá-las do que a atividade individual de cada profissional com a sua clientela. É por isso que, por mais que as equipes multiprofissionais sejam previstas no trabalho dos órgãos públicos de saúde, nem sempre essas atividades ocorrem, pois muitos profissionais preferem desenvolver sua atividade isolada de outros membros da equipe.

Outro psicólogo também relata um trabalho multidisciplinar desenvolvido com a assistente social e os médicos envolvendo adolescentes na UBS em que a equipe trabalhava.

> (Psic 2) “A gente fez um trabalho com adolescentes, foi um projeto piloto, a gente tinha pensado assim: a gente fez um trabalho com colagem para o futuro, o que você gostaria de construir no futuro. No começo os médicos fizeram parceria com a gente, mas não rolou com eles, eles quiseram fazer um trabalho separado. Aí à gente pensou um plano B, depois da [questão da] sexualidade, do esclarecimento de dúvidas, um jeito mais .... .E a gente achou bárbaro, aqueles adolescentes muito cheios de vida, mesmo na maior bagunça eles se envolveram demais com a atividade, eles fizeram uns cartazes: o que é a minha vida hoje, o que eu quero buscar (...), mas muito desgastante. A gente chegava na unidade, era muito o tumulto, aquela coisa, mas eu achei bárbaro. Na unidade os médicos acharam que foi horrível, entendeu? Eu achei que foi muito desgastante, mas foi bárbaro poder focalizar o envolvimento deles na tarefa, mesmo com toda a brincadeira”.

Percebemos que houve um movimento para desenvolver um trabalho multidisciplinar envolvendo o psicólogo, os médicos e a assistente social. No entanto, com os médicos o trabalho não “rolou”. Com isso, o psicólogo e a assistente social abarcaram o projeto e este obteve êxito, apesar de ter sido tumultuado e desgastante. Isso mostra que os profissionais se dispuseram e desenvolveram um trabalho em equipe. Sendo, portanto, possível, apesar de exigir dos profissionais envolvidos muita energia para desenvolver a tarefa.

Mais adiante o psicólogo nos conta como foi a sequência desse trabalho e como o mesmo acabou.

> (Psic 2) “Aí a gente combinou, o segundo passo, a gente tinha pensado o seguinte: quatro estagiários, eu e a assistente social, e a gente (psicóloga e assistente social) ficaria na coordenação, no nosso espaço, na UBS, pensamos em fazer um estágio não continuado, um estágio

> pontual. Aí a gente chegou a colocar no papel, mas não conseguimos o horário que as pessoas podiam ir, aí acabou o projeto também".

Percebemos que a dupla de profissionais desejou agregar estagiários ao projeto, sabemos que em geral não há estagiários atuando nas UBS's, por isso acreditamos que se trataria um estágio voluntário. De qualquer forma este trabalho não aconteceu devido à dificuldade em se conciliar os horários de todos os participantes e, mais uma vez, percebemos o entrave de se levar adiante um projeto conjunto com outros profissionais.

> (Psic. 7) "(...) eu atendo em equipe multidisciplinar em atividades educativas (...) o atendimento do núcleo de violência à gente atende com outros profissionais, dependendo do tipo de encaminhamento a gente faz essa abordagem multiprofissional, às vezes cada um em seu horário e com a assistente social eu atendo ao mesmo tempo, mais no núcleo de violência. No momento é mais fácil ter acesso à enfermagem, a assistente social, do que aos médicos, porque eles chegam, atendem, muitas vezes a gente tem que agendar [um horário na agenda deles junto com os demais usuários], em geral eles tem mais de um emprego e ficam pouco tempo na unidade."

O psicólogo informa que atua em equipe multidisciplinar em atividades educativas, muitas vezes o atendimento é feito em horários distintos, sendo considerado multiprofissional. Diz ainda ser difícil se fazer um trabalho com os médicos, já que estes estão envolvidos com o atendimento ao usuário individualmente, sendo necessário agendar um horário com eles para discussão de caso, já que esse espaço não é previsto na delimitação da tarefa. Portanto, o trabalho desenvolvido não é o multidisciplinar e sim o clínico tradicional e mais uma vez o desejo do médico se impõe aos dos demais profissionais.

Nos dados levantados outra questão que surge diz respeito às considerações feitas pelos psicólogos sobre a clientela de adolescentes usuárias do serviço de saúde,

nos mostrando o que as instituições que utilizam os serviços das UBS's esperam desses profissionais.

> (Psic 1) "Os adolescentes são muito arredios. Eu tive uma garota que ficou anos comigo. Ela parava o tratamento e tempos depois trazia um presente e pedia para voltar. Ela passava um tempo comigo e depois voltava. Ela perguntava: posso voltar? Eu dizia: pode! Assim ela ficou anos. Tinham outros adolescentes que tinham conflito com a lei e eles ficavam [em psicoterapia] porque eram obrigados pela Fundação CASA. Eles eram encaminhados para a assistente social já com a cartinha da Fundação CASA pedindo atendimento com o psicólogo como uma obrigatoriedade para poder estar fora da CASA. Eu atendi adolescentes nessa circunstância. Droga, furto, para adaptá-los as questões das regras. Alguns chegam, como dizia uma colega, 171, outros chegam querendo falar mesmo, mas a maioria chega 171, dizendo: sou ótimo! Maravilhoso! Não tenho nada! Mas alguns conseguem ir criando um vínculo melhor".

Percebe-se pelos relatos dos psicólogos entrevistados que a atividade prioritária deste profissional no serviço de Saúde Pública é o de realizar psicodiagnóstico e psicoterapia. Nota-se também que essa é a expectativa das demais instituições que solicitam o trabalho desse profissional. Isso foi explicitado em falas anteriores quando se descrevia o pedido feito pelas escolas que encaminhavam uma lista de crianças para atendimento psicológico, incluindo a elaboração de laudos de crianças e adolescentes. Esse também tem sido o pedido dos Conselhos Tutelares e, conforme apontado acima, o pedido também vem da Fundação CASA, todos com o mesmo objetivo: classificação e adequação social.

> (Psic. 03) "... eu estou contando isso porque a sala aqui (da escola próxima a UBS)... são salas que a gente mantem contato pra avaliar alunos. Então, vem para o posto para se fazer algum tipo de acompanhamento. Até um tempo atrás não precisava de um laudo psicológico para os alunos frequentares a SAP ou a SAPNE [salas de apoio pedagógico que trabalham com dificuldades de aprendizagem], era uma percepção da própria escola. De um tempo pra cá mudaram, as crianças frequentam as

> salas (SAP e SAPNE), mas elas têm que ter um laudo desse tipo, então mandaram alunos pra gente avaliar, alguns já tinham acompanhamento, só faltava receber um laudo, outros já tinham um laudo de outros lugares, então a criança vinha para ser avaliada, a gente aproveita e faz uma varredura, precisa de fono, tem fono aqui na unidade, então eu vou orientando para alguns outros acompanhamentos, esse é um trabalho que a gente faz articulado".

Portanto, o psicólogo faz avaliação psicológica para as escolas para que os alunos frequentem salas de reforço escolar, as chamadas "salas de apoio". Notamos que as salas descritas não são salas especiais para deficientes mentais, as antigas classes especiais, mas mesmo assim exigem que um laudo psicológico seja produzido. Através das entrevistas feitas com os coordenadores pedagógicos foi possível perceber que realmente é necessário um laudo, médico ou psicológico, para os alunos frequentarem as salas de apoio, destinadas a alunos com deficiência que a frequentam no contra turno. Em outro período do dia esses alunos frequentam salas de aula comuns, onde se faz a educação inclusiva.

O profissional nos coloca que além da parceria que tem com as escolas também tem parceria com o Conselho Tutelar, instituições que solicitam a emissão de laudos.

> (Psic. 03) "Alunos que tem alguma necessidade também de avaliação a gente faz uma avaliação, ou para dificuldade escolar, ou questão de comportamento (...) é nossa função avaliar".

O psicólogo aponta que é a sua função avaliar as crianças e os adolescentes, tanto os encaminhados pelas escolas como os encaminhados pelo Conselho Tutelar, e a partir disso produzir os laudos solicitados. É importante destacar que para a elaboração de laudos psicológicos em geral se aplicam testes, sendo esta uma das atividades prescritas à profissão, que originalmente era desempenhada pelos psicometristas e desde

que a profissão foi regulamentada em 1962, por intermédio da lei 4.119, passou a ser seara absoluta dos psicólogos.

Em publicação recente, postada no site do Conselho Federal de Psicologia, datada de 22/03/2013, este órgão destaca que a avaliação psicológica é uma atividade restrita a profissionais da Psicologia, o que implica que seus instrumentos são de uso exclusivo desses profissionais. No entanto, quando a escola ou o Conselho Tutelar solicitam uma avaliação psicológica é importante que os psicólogos saibam a serviço de que está essa avaliação e a subsequente emissão de laudos, evitando proceder à medicalização da vida.

5.2 – Entrevistas com os coordenadores pedagógicos

Ao se proceder a análise das entrevistas com os coordenadores pedagógicos a primeira questão que surge e permeará as demais aqui discutidas diz respeito à percepção que esses profissionais têm das dificuldades que surgem no processo ensino-aprendizagem. Estas questões foram disparadas pela pergunta: qual o manejo da escola quando um aluno apresenta dificuldades de aprendizagem?

> *(Coord. 1) "Em relação às dificuldades de aprendizagem eu tenho um dado histórico, em 2004, 2005 começam a se extinguir as classes especiais e se inicia a inclusão, aí o governo começa, inclusive a nossa diretoria, a Norte II, foi a primeira, em 2001, a eliminar todas as classes especiais, ela tirou todas, foi até um fuzuê na época porque achavam que era muito avançado, mas era uma tendência que já vinha, depois o estado [Secretaria de Estado da Educação] vai paulatinamente difundindo essa ideia aí vai eliminando, eliminando, e aí entra a inclusão que é uma característica da sociedade do conhecimento".*

Quando se fala de dificuldade de aprendizagem relembra-se o fato de terem existido "classes especiais" para diversos tipos de deficiência, fato que marcou a história das escolas mantidas pelo Governo do Estado de São Paulo. Estas classes foram

muito criticadas, inclusive pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, devido ao caráter excludente deste tipo de sala, principalmente no que tangia ao diagnostico feito pelos psicólogos que classificava alunos como deficientes mentais educáveis, conforme já visto no presente trabalho. Para evitar esse tipo de diagnóstico que levava muitas vezes à exclusão dos alunos do sistema de ensino regular, as "classes especiais" foram paulatinamente sendo eliminadas das escolas e a educação inclusiva, implantada a partir de 2003 pelo Ministério da Educação, se difundiu no Brasil.

O coordenador mostra como as "classes especiais" eram percebidas pelos profissionais da área da educação:

> *(Coord. 1) "Então houve essa mudança, até porque a gente começa a ver o seguinte, que esses laudos eram verdadeiras sentenças para os alunos, e a classe especial na grande maioria das vezes era no fundo, no canto, no porão, ela ficava isolada".*

Notamos que a crítica relativa ao caráter excludente das "classes especiais" chega também às escolas, não apenas aos psicólogos como visto anteriormente. No entanto, com a instauração da educação inclusiva cria-se um dispositivo para auxiliar os alunos com necessidades especiais, trata-se das Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão (SAAI), as chamadas "salas de apoio". Essas são indicadas, segundo site da Prefeitura do Município de São Paulo, para alunos com necessidades educacionais decorrentes de deficiências, limitações, condições ou disfunções no processo de desenvolvimento, ou ainda, crianças com superdotação/altas habilidades. Estas salas são citadas pelos coordenadores pedagógicos em resposta à pergunta feita no início da entrevista.

> *(Coord. 2) "(...) a gente tem (...) a sala de SAAI (Sala de Acompanhamento e Apoio à Inclusão), que é um atendimento específico, com casos com laudo de deficiência, nós já fazemos esse acompanhamento no*

> *sistema escola online, no ato da matrícula eles já informam que tipo de deficiência tem esse aluno. Essa sala também é nova começou há funcionar esse ano, aí o aluno é encaminhado pra SAAI e essa professora é especializada em todas as áreas da deficiência, tem aluno cego, aluno cadeirante, deficiente auditivo, ela atende diversos casos, ela é capacitada, ela é habilitada pra isso, e ela faz uma anamnese com a família, ela faz entrevista pra saber dos hábitos da criança, ela conversa com a professora [da sala regular] também pra saber como tá desenvolvendo a parte da socialização, ela faz contato com alunos da sala regular nas questões de aprendizagem, pra ver como eles estão se desenvolvendo, então esse é o trabalho da professora do SAAI".*

Portanto, quando o aluno apresenta algum tipo de deficiência ele não frequenta apenas as salas regulares de educação inclusiva, existe a educação compensatória que tem como objetivo trabalhar as dificuldades dos alunos.

> *(Coord. 1) "As escolas tem um professor itinerante também para as salas de apoio, os SAP's [Sala de Apoio Pedagógico], mas esse ano eu ainda não tenho professor para as Salas de Apoio Pedagógico, aí os professores atendem os alunos no contra fluxo, os que são da tarde vem pela manhã, então ele vem e o professor vai atender só aqueles alunos. Então os alunos com dificuldades ele fica na sala de aula comum e também na sala de apoio, a sala comum é o pressuposto, é o básico, isso caracteriza a inclusão".*

> *(Coord. 2) "Quando a gente percebe que o aluno tem dificuldade de aprendizagem a primeira intensão nossa é intervir pedagogicamente, para isso temos esse programa de recuperação chamado Sala de Apoio Pedagógico, era o SAP, mas este ano passou por uma reformulação e tem uma nova portaria determinando que ele fosse denominado assim de Programa de Estudo de Recuperação, aí o que acontece: eles vêm duas vezes por semana, fora do horário de aula, duas aulas com um reforço de português, duas aulas com um reforço de matemática. Então, a primeira intervenção nossa é na parte pedagógica, então a gente prefere primeiro com essa intervenção, o aluno tá vindo para os estudos de recuperação, a professora da sala regular também tá intervindo e ele não tá respondendo, aí a gente começa a desconfiar se ele tem uma dificuldade de aprendizagem ou se é um distúrbio de aprendizagem, aí a gente faz o encaminhamento para o psicólogo".*

Notamos que quando o aluno apresenta dificuldade de aprendizagem à escola intervém pedagogicamente, mas quando se levanta a hipótese de um distúrbio de aprendizagem este aluno é encaminhado para o psicólogo, ou outros profissionais da área da saúde, para que o mesmo seja avaliado e tratado.

> *(Coord. 3) "Nós usamos o programa INCLUI, que é um programa da saúde em parceria com a educação, nesse programa tem atendimento psicossocial, atendimento psicológico, atendimento com a assistente social, eles já vieram até a escola só que tá engatinhando ainda e pra você conseguir laudar um aluno que você sabe que tem deficiência demora anos".*
>
> *(Coord. 4) "Nós utilizamos o CEFAI [CENTRO DE FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO À INCLUSÃO], é um órgão que fica ligado diretamente às diretorias regionais de ensino e eles trabalham só com alunos com deficiência, então elas fazem todo esse processo, e lá no CEFAI eles montaram uma equipe multidisciplinar, eles tem psicólogo, assistente social, psiquiatra, médico, eles montaram uma equipe para fazer uma avaliação de alunos porque estava sendo mais rápido pra detectar se essa criança tem deficiência ou só problema de aprendizagem".*

Para se avaliar com mais precisão a suspeita de deficiência levantada pela escola estas contam com o subsídio de profissionais da área da saúde, vinculados ou não à Secretaria da Educação. Cita-se o programa INCLUI, vinculado à área da saúde, e o CEFAI, órgão ligado à Secretaria da Educação. Ambas as instituições contam com equipes multidisciplinares para avaliarem se os alunos possuem algum tipo de deficiência ou apenas problema de aprendizagem. No caso de deficiência eles recebem um laudo e são encaminhados para educação compensatória nas salas de apoio pedagógico e também são atendidos por profissionais da área da saúde – médicos, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais - que trabalham as suas dificuldades.

No entanto, é levantado por um dos coordenadores pedagógicos que "laudar", ou seja, para o aluno receber um diagnóstico de deficiência "demora anos". Isso mostra o

descompasso existente entre os profissionais da educação, que percebem os problemas de aprendizagem do aluno no cotidiano de trabalho, e a avaliação dos profissionais da saúde, incluindo psicólogos e médicos. Isso talvez ocorra porque os profissionais de ambas as áreas acabam tendo uma percepção diferente da dificuldade do aluno, dependendo do ângulo que se olhe e dos instrumentos que se utilize para avaliar, por isso os profissionais da saúde não emitem os laudos atestando a deficiência na medida esperada pela escola.

Acreditamos que haja muitas suspeitas por parte da escola de casos de deficiência entre os seus alunos, já que se criou um órgão vinculado as Diretorias Regionais de Ensino para que se avalie e trate as patologias apresentadas, conforme já explicitado pela fala de um dos coordenadores. O órgão ligado à área da educação chama-se *CEFAI [CENTRO DE FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO À INCLUSÃO], e é referencia para as escolas ligadas a Prefeitura do Município de São Paulo.* Os laudos abarcam vários tipos de doenças, estes são utilizados para educação compensatória e também para que a família obtenha benefícios sociais.

> *(Coord. 3) "Eu tenho um aluno laudado como incapacitado para o convívio social, e ele não consegue nada, nenhum benefício do governo. Agora ele tá conseguindo, então ele terá direito a um salário [mínimo por mês], tem direito a um transporte gratuito para ele e o acompanhante, no caso a mãe dele, pra você levar para o tratamento".*

Esse mesmo coordenador aponta outros tipos de problemas que acometem o corpo discente e a dificuldade de se conseguir um laudo emitido pelo médico ou psicólogo, o que talvez facilitasse o manejo da escola com esses alunos.

> *(Coord. 3) "(...) porque tem aluno que precisa de atendimento individualizado, eu tenho aluno cadeirante, deficiente mental, tenho psicopata, esse é o meu carma! Essa semana ele pegou um arame e enfiou dentro da*

> *tomada, e ele disse: não fui eu! Mesmo estando com o arame na mão. Faz três anos que eu estou com ele, mas não consigo laudar".*

Acreditamos que o laudo médico atestando algum tipo de deficiência ou transtorno de conduta alivie os profissionais em sua tarefa cotidiana, seja para incluir os alunos em educação compensatória ou para encaminhá-lo para outro tipo de instituição escolar. No entanto, não sabemos se a doença que os alunos apresentam os impede de se apropriar dos conhecimentos que lhes são transmitidos ou se é o seu comportamento que não é bem recebido pela escola e para amparar legalmente a atitude que venha a ser tomada em relação ao aluno a escola precise de um laudo médico.

> *(Coord. 3) "Nós temos uma professora da sala de apoio e acompanhamento à inclusão [SAAI], paralelo ao horário de aula, lá eu tenho uma aluna, a R [nome da aluna], ela tem síndrome de down e está com a sexualidade muito aflorada". Eu já disse pra mãe que ela precisa de castração química, mas a mãe não aceita. É difícil a mãe entender que o sexo faz parte da vida, eu falo pra ela [aluna]: deixa de safadeza! E tudo isso cai na minha mão!*

Não sabemos o que o coordenador entende por castração química, mas parece que o comportamento da aluna interfere no bom andamento das aulas. Neste sentido, muitas vezes a saída encontrada para os problemas que se apresentam na escola, quando estes são vistos como circunscritos ao comportamento do aluno ou ao seu organismo, tem sido a intervenção médica, pois se acredita que ela vá minimizar ou mesmo eliminar a problemática. Por isso, para a escola, é tão importante o laudo e um tratamento subsequente.

Muitas vezes se busca o laudo e posterior tratamento do aluno que apresenta algum tipo de dificuldade escolar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem sido a instituição preferida pelas escolas em detrimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS's).

(Coord. 2) "Nós temos alunos aqui que são atendidos no CAPS, então o que acontece, lá no CAPS é feito uma triagem, então ela tem um perfil próprio de pessoas que eles chamam de elegíveis para o tratamento, lá também é multidisciplinar, né".

(Coord. 3) "O CAPS S [bairro onde se localiza a instituição] eu ligo pra elas, elas ligam pra mim. Quando o aluno faz tratamento lá eles me mandam a frequência deles lá quando, isso quando bate com o horário da escola. (...) Posto de Saúde também a gente tem, tem uma enfermeira que vem aqui direto, elas fazem palestras para os alunos, mas com psicólogo e psiquiatria só no CAPS, posto [UBS} é mais atendimento normal, o atendimento especializado é com o CAPS".

(Coord. 4) "Quando [o aluno] tem problema de aprendizagem à gente percebe alguma coisa e a gente precisa encaminhar, porque nós não somos especialistas, (...) encaminhamos pro médico pediatra. (...) relatando essa questão de aprendizagem, que bate muito nos colegas, tem muita dificuldade de relacionamento (...). Outra queixa que chega também é que não tem psicólogo nas unidades de saúde [UBS's], tem o médico pediatra. (...) Nós usamos o CAPS para casos de agressividade, são casos que a gente viu que assim a criança tem problemas sérios de comportamento, tinham pais querendo fazer abaixo-assinado [para tirar o aluno da escola]. (...) O CAPS ele lida muito mais com questões psiquiátricas, casos mais graves, eu mando, mas às vezes a questão não é psiquiátrica, é de comportamento mesmo, com um trabalho de terapia, por exemplo, ajudaria muito as questões interpessoais, ajudaria muito a criança a lidar com os probleminhas dela, inclusive".

(Coord. 5) "Quando a gente consegue [atendimento na área da saúde], né, alguma vaga, porque é assim eu to numa região que é muito carente, e eu não tenho psicólogo nos postos [UBS's] próximos. (...) O CAPS é longe, mas elas [as mães] levam, às vezes eu consigo de faculdade, lá na UnG [Universidade de Guarulhos]. (...) Eu mandei para a UNIP [Universidade Paulista], na região nós não temos nada. (...) Agora eu to seguindo uma orientação do CEFAI [Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão] que a gente tem que

> *encaminhar pro pediatra, porque elas [as profissionais do CEFAI] falaram tem que encaminhar pro pediatra do posto pra ele encaminhar pro psicólogo”*.

Notamos que a clientela com queixa escolar que antes era encaminhada para as UBS’s, conforme apontado por Oliveira (2005) e Bastos (1999), agora é encaminhada para os CAPS’s ou para as Universidades da região. Talvez, por isso, os psicólogos das UBS’s, entrevistados na presente pesquisa, não tenham essa clientela claramente identificada, apesar de atenderem crianças e adolescente em idade escolar. Outro fato que chama a nossa atenção diz respeito à orientação do CEFAI que indica que se enviem os alunos com algum tipo de dificuldade escolar para os pediatras das UBS’s, para que esses profissionais os avaliem e encaminhe, quando necessário, para o psicólogo. Percebe-se que as escolas buscam ajuda para os seus problemas na área médica e que essa é a indicação dos órgãos centralizadores.

Em uma das nossas visitas às escolas, para a coleta de dados, um coordenador pedagógico nos mostrou um folder do CAPS da região onde era oferecido um grupo para professores de escolas públicas. Tudo indica que essa instituição abarcou o trabalho que antes era endereçado às UBS's, a diferença é que as crianças e adolescentes agora também são tratados por psiquiatras e pode ocorrer de estarem sendo medicados com psicotrópicos. Questão que merece nossa atenção, já que não sabemos se os alunos possuem distúrbios mentais. Se assim não for, pode estar ocorrendo à medicalização da educação.

Neste sentido, outra questão que aparece nas entrevistas diz respeito aos diagnósticos de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e dislexia.

> *(Coord. 4) “Eu achei muito interessante que no CEFAI eles falam que Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade [TDAH] não é caso de inclusão, dislexia*

> *não é inclusão, eles não são deficientes, não vai pra sala de apoio, e às vezes um caso de hiperatividade atrapalha muito o processo de aprendizagem. Nós temos um aluno que está medicado, mas ele não toma remédio porque ele tem problema de estômago, então o gastro proibiu o remédio, e a gente não sabe o que fazer".*

Verificamos que a questão do TDAH e da dislexia são fontes de preocupação nas escolas, apesar de o órgão que faz apoio à inclusão – CEFAI - afirmar não tratar-se de casos de deficiência as escolas não sabem o que fazer quando se detectam casos como esses. Fiam-se no diagnóstico e na medicação para resolver a problemática gerada na escola, o que mostra indícios de medicalização da educação, merecendo nossa atenção.

Em relação à questão da deficiência, essa é uma grande preocupação dos coordenadores nas escolas. Estes apontam para a importância da educação compensatória, inclusive a que se fazia nas antigas classes especiais.

> *(Coord. 5) "Há 10 anos eu fui coordenadora [por] seis anos numa escola do estado [Secretaria de Estado da Educação], no bairro T [bairro onde se localiza a escola], que tinha três classes especiais de D.M. [deficiente mental], então quando eu fui pra lá eu aprendi tudo nessa parte, eu ainda não fiz uma pós [graduação], mas quero fazer pós porque eu gosto muito dessa área [da deficiência] e lá eu aprendi muito, lá eu tinha duas professoras excelentes, uma inclusive fez doutorado e ela dá aula no Mackenzie pra professores de educação especial, foi um pessoal com quem eu aprendi muito. E de repente teve que acabar [as classes especiais], tá na lei, aí eu tive que incluir 45 crianças das mais variadas sequelas, foi muito complicado, foi onde a gente teve que procurar meios e assim nunca tendo apoio de nada, não tinha acompanhamento, não tinha nada, esse é o grande problema da inclusão".*

Percebe-se que as classes especiais também davam conta da clientela com real deficiência e não eram apenas "depósitos de crianças" como relatados pelos críticos desse tipo de ensino, tendo deixado um vácuo na educação compensatória que talvez

tenha sido preenchido em parte pelas “salas de apoio”, apesar de os alunos não as frequentarem no período regular de aula.

O relato desse coordenador nos mostra a dificuldade vivenciada pela escola quando houve mudança na lei e as classes especiais foram extintas. Segundo ele, com a implantação da educação inclusiva, foi necessário levar para as salas de aula comuns, de inclusão, 45 alunos que apresentavam vários tipos de sequelas e isso foi feito sem nenhum tipo de acompanhamento, apontando como sendo este o “grande problema da inclusão”.

Conforme visto anteriormente, em outro capítulo do presente trabalho, a ideia da educação inclusiva aparece como tributária da sociedade inclusiva, tendo sua origem atribuída aos movimentos sociais em favor dos direitos humanos e contra as instituições segregacionistas. Este se tornou um movimento mundial desde a Declaração de Salamanca, em 1994. O pacto nela contido declarava guerra à discriminação, demandando que todos os governos mundiais adotassem o principio da educação inclusiva em forma de lei ou de política e que todas as crianças fossem matriculadas em escolas regulares, excetuando-se os casos em que houvesse fortes motivos para se agir de outra forma.

No entanto, pelo relato acima, acredita-se que a lei não foi devidamente discutida com os profissionais da educação, e estes talvez não tenham sido instrumentalizados no sentido de como agir quando os alunos portam algum tipo de deficiência e, por isso, não acompanham a educação regular. De qualquer forma a angústia do coordenador aparece explicitada em sua fala quando afirma que não tinha apoio, nem acompanhamento, em relação à inclusão dos alunos que pertenciam às extintas classes especiais.

Outro coordenador também aponta para a política de educação inclusiva adotada pelo governo e a consequente extinção das classes especiais. Segue relatando os casos de crianças com algum tipo de doença ou distúrbio que frequentam a escola, as dificuldades apresentadas pelos alunos e os cuidados que se deve ter.

> *(Coord. 6) "Nós estávamos falando sobre a inclusão hoje na Prefeitura do Munícipio de São Paulo, de uns cinco anos pra cá teve uma mudança muito grande na legislação, não existem mais classes especiais, né, da forma que existia anos atrás, a política hoje é inclusão, se a criança tem alguma dificuldade ela deve ser incluída numa classe comum. A inclusão é pra todos os níveis de ensino, mas aqui [na escola] até o ano passado não tinha nenhuma criança com laudo médico de inclusão, esse ano eu tenho três, duas crianças com síndrome de down, um com laudo de gravidade médio e um com laudo de gravidade leve e tenho um hemofílico, embora não enquadre na inclusão é uma questão muito especial e temos que acompanhar muito de pertinho, porque se o atendimento não for adequado, se tiver falha no cuidado da criança, pode vir a ter sequelas".*

Os problemas de saúde diagnosticados pelos médicos tendem a ser vistos pelos profissionais da educação como sinais de alerta para problemas que podem vir a surgir no ambiente escolar, redobrando o cuidado com a criança. No entanto, o que nos chama a atenção nesse relato é o fato de esse coordenador afirmar que até o ano anterior à entrevista não tinha nenhum aluno com "laudo médico de inclusão" e que no ano da realização da entrevista tinha três crianças com esse tipo de laudo e que por isso deveriam ser "incluídos".

Frente a isso nos perguntamos: será que o laudo médico não provoca antes algum tipo de exclusão dos alunos da educação regular para que posteriormente eles venham a ser incluídos, mas com ressalvas? De qualquer forma os problemas de saúde diagnosticados pelos médicos e circunscritos a alguns alunos os diferenciam dos

demais, fazendo com que a escola fique atenta a possíveis dificuldades que estes venham a apresentar no ambiente escolar.

> *(Coord.6) "Eu tive em EMEI [Escola Municipal de Educação Infantil] uma criança com diabete alta e ela não podia comer o que os outros comiam e ela tinha que levar o lanchinho dela na época, né, então todo mundo tá comendo gelatina, porque a criança pode comer gelatina, e ela tá excluída da gelatina; e aí a gente trabalha essa questão. E me falaram: por que todos não comem a mesma comida que ela? E eu disse: não! Todo mundo não é diabético!".*

A questão da inclusão e exclusão se mostra presente na fala desse profissional e de outros por ele relatados. Esse é um problema que merece destaque, pois aparece sob muitas formas no discurso dos profissionais da educação.

Em outro momento da entrevista esse mesmo coordenador volta a falar dos problemas de saúde dos alunos que aparecem na escola e atenta para a responsabilidade da família em relação à problemática.

> *(Coord.6) "Então em fevereiro eu comecei a receber muita doença, muita bronquite, muita diarreia, muito piolho. Então eu comecei a perceber que as mães largavam as crianças aqui e iam embora. Se a gente falava que a criança tava com febre já era uma gritaria, e elas diziam que a gente não queria ficar com a criança. Não é que eu não queria a criança, eu só queria que ela [mãe] fizesse a parte dela. (...) [toca o telefone e o coordenador atende] Me perdi! Eu tava falando das manifestações da doença e a reação das mães, então, quando a gente pedia que tinha que levar a criança ao médico, eu conversei com uma mãe e tinha dois anos que ela não ia ao médico, e você percebia uma negligência, elas não cuidavam da saúde das crianças, né?".*

Percebemos que os problemas de saúde dos alunos interferem no andamento da escola e que se espera que a família exerça o seu papel intervindo nessa questão. A negligência dos pais tem sido uma queixa frequente dos profissionais da educação que esperam um comprometimento maior das famílias com a educação dos filhos e nem

sempre percebem isso ocorrer. Essa questão não aparece somente quando se fala da saúde dos filhos, mas também em relação ao acompanhamento diário das tarefas de casa.

> *(Coord. 4) "Então eu chamei os pais, a gente tá conversando nessa reunião, porque eles não estudam mais [em casa], eles estão com problema de aprendizagem ... e tem que ter alguém que cobre, que sente pra fazer a lição, eles não fazem lição de casa! Aí eu conversei, fui conversando com todos [os pais], mas tá difícil!".*

A sociedade atual, principalmente em uma cidade como São Paulo onde se gasta muito tempo no deslocamento entre a casa e o trabalho e onde se trabalha muitas horas por dia, acaba por dificultar a convivência entre os membros das famílias e um maior engajamento com a educação formal das crianças e adolescentes. Apesar das dificuldades da vida moderna as famílias são chamadas pelas escolas a se envolver na educação dos filhos, tanto nas questões referentes ao aprendizado ou comportamento dos alunos, incluindo questões de saúde, quanto nas referentes ao apoio nas lições de casa, mas nem sempre são atendidas.

Neste sentido, outro coordenador atenta para a responsabilidade de cada um dos elementos que compõem a estrutura escolar:

> *(Coord. 6) "O estado tem obrigação de oferecer [a escola], tem o papel da escola, e tem a responsabilidade de cada família e eu não vou fazer o papel da família".*

Sem dúvida, cada parte tem a sua responsabilidade, mas nem sempre conseguem responder por ela, tanto o estado quanto a família e a escola muitas vezes falham no cumprimento do seu papel e isso acaba se refletindo no dia a dia da instituição, principalmente no comportamento dos alunos.

> *(Coord. 1) "Nós temos alguns alunos problema, tem alguns elementos, tem professor que não consegue dar aula, então à gente tem que amenizar a sala para que o*

> *professor possa dar aula, isso é muito complicado, mas quando você pega como funciona a coisa, aqui eu já sei como é, a gente resolve o problema, porque o estado já tem a sua imagem desgastada, eles dependem do estado para sua instrução, mas ele olha o estado com aquele estigma, então ele não vê que ele precisa do aparelho para melhorar, então o aluno continua ajudando a destruir o aparelho porque ele não acredita, mas ele tá envolvido, isso é muito complicado, e ele vai realimentando o fracasso da escola pública. (...) E a realidade não muda, ele vem dessa região, eles vêm pra cá e eles destroem a sala, eles botam fogo, eles quebram carteira demais, destroem o material".*

Em uma instituição todos os elementos que a compõem são responsáveis pelo seu funcionamento. A forma como a sociedade está estruturada também comparece nas relações que se estabelece na escola. Com isso, não podemos afirmar que apenas um componente da instituição, ou mesmo o estado, seja responsável por todos os problemas vivenciados na escola. O que podemos perceber é que a escola está com muita dificuldade de cumprir o seu papel e isso acaba se refletindo no comportamento destrutivo dos alunos e também no processo ensino-aprendizagem realimentando o fracasso da escola pública.

Outro reflexo do fracasso da escola se mostra nos problemas de alfabetização apresentados pelos alunos.

> *(Coord. 4) "O J [nome do aluno] já está na 7ª. série e ele não tá alfabetizado, e eu tenho muitos alunos com problema de aprendizagem, eu tenho vários alunos que não estão alfabetizados. Pra mim, chegar ao ciclo dois sem tá alfabetizado, porque os professores de nível dois não sabem alfabetizar, eu acho um pecado, eu sou professora alfabetizadora, mas eu não tenho tempo pra alfabetizar esses meninos, aí eu peguei e conversei com ela na reunião e ela me disse: eu achei um absurdo quando passaram ele da 4ª. para a 5ª. série. E aí o que tá acontecendo: tá abaixando a autoestima desses meninos, eu converso com eles aqui, eles choram, eu acho um absurdo gente! É um absurdo o que se faz com um menino desses! Eu falei: isso tem que diminuir, a maioria tá com problema de aprendizagem!".*

Aponta-se a falha da escola que não consegue alfabetizar o aluno, citando a promoção automática, que aprova o aluno ao final do ano mesmo que este não tenha aprendido o conteúdo pedagógico ensinado, muitas vezes não tendo sido alfabetizado. Em conversa com o coordenador esses alunos choram, já que se sentem responsáveis pelo fato de não se alfabetizarem, fazendo com que baixem suas autoestimas por sentirem-se diferentes e talvez inferiores aos demais.

Quando o coordenador compreende a problemática da não alfabetização dos alunos na escola faz coro à dor das crianças que não conseguem se alfabetizar. No entanto, se vê impossibilitado de lidar com a questão, já que sua função na escola não é a de alfabetizar alunos e sim de coordenar a parte pedagógica. Nesse sentido, seria importante a revisão do programa de governo que prevê a promoção automática dos alunos e permite a reprovação somente nas séries finais de cada ciclo, já que muitos alunos "passam de ano" sem muitas vezes ter obtido os requisitos mínimos que deem a eles subsídios para seguir adiante no aprendizado escolar, ocasionando uma série de problemas para todos os envolvidos: alunos, profissionais da educação, famílias e sociedade.

A comunidade onde a escola está inserida também aparece como um problema com o qual a instituição tem que lidar, e esta acredita muitas vezes que o entorno é o responsável pelos problemas de comportamento e aprendizagem expressos pelos alunos.

> *(Coord. 3) "A comunidade aqui é muito pobre, com muito problema de droga e violência, na escola não, aqui nós cuidamos".*

Portanto, para além da educação formal existem muitas variáveis que interferem no cotidiano das escolas e acabam por contribuir para o seu fracasso, conforme assinalado pelo coordenador. A droga e a violência também aparecem dentro dos muros

das escolas e muitas vezes são apontadas como responsáveis pelos problemas enfrentados.

> *(Coord. 1) "No ano passado eu chamei um aluno porque ele tava fumando maconha na escola, eu fui falar com ele e ele não abriu a boca o tempo todo, ele acabou de sair, pulou o muro, pegou uma pedra e quebrou o vidro do meu carro, e eu consegui que ele nem aparecesse mais aqui, ele foi transferido na mesma hora. Então você tem essas questões, às vezes é isso que impede tudo, que trava tudo, e fica na transparência, na invisibilidade, porque ninguém quer correr risco".*

Sabemos que não é apenas na comunidade pobre - caso da maioria das escolas aqui retratadas - que aparecem problemas como drogas e violência, esse é hoje um problema social que tem sido divulgado amplamente pelos meios de comunicação e tem mobilizado esforços sociais para combatê-los. A escola, como uma instituição social, acaba vivenciando essa problemática em seu interior, mas por ter dificuldade de lidar com ela acaba por excluir os alunos de seu rol, delegando a aprendizagem e a convivência social destes a outra escola através da transferência.

> *(Coord. 1) Eu já transferi aluno porque ele não tinha mais condições de conviver no meu ambiente escolar. Geralmente a gente faz permuta, eu te passo um problema e você me dá um problema, então a gente muda o problema de ambiente para ver se isso resolve, aí você vai eliminando da sua região esses alunos. Eu já transferi aluno que dali três dias a outra escola que recebeu ligou e pediu que fosse buscar o meu aluno, e eles disseram: se você não vier buscar eu ponho no meu carro e levo, não o queremos mais! Então a gente traz de volta o nosso problema porque a ideia é tentar resolver ou então tentar amenizar essa problemática".*

Notamos que a transferência escolar nem sempre é efetiva, no caso aqui descrito a instituição de origem teve de trazer de volta o seu aluno e a partir daí se reorganizar para amenizar a problemática. No entanto, num primeiro momento a intensão era excluir o comportamento indesejado focalizado no aluno, pois aparentemente a escola

não leva em conta que todos os componentes da instituição contribuem para o aparecimento dos comportamentos considerados inadequados que dificultam a convivência naquele ambiente.

Sendo assim o problema é visto como circunscrito ao aluno e ao seu comportamento. Isso faz com que a dinâmica institucional, a relação professor-aluno, os métodos e os conteúdos de ensino não sejam questionados e nem apareçam como variáveis que podem vir a gerar problemas de comportamento ou de aprendizagem na escola. A dificuldade de se fazer uma análise ampla da situação que leve a uma busca de solução acaba por sobrecarregar os profissionais da educação e os faz questionar sobre a escolha da profissão.

> (Coord. 3) “Se eu tivesse aprendido [na faculdade] metade do que eu aprendi trabalhando eu pensaria duas vezes antes de escolher a profissão, mas eu gosto de sala de aula, eu gosto do meu trabalho, porque para quem não gosta é difícil, eu tenho aqui na escola professores que foram readaptados [devido a uma doença relacionada ao trabalho], eles ficam afastados e quando voltam não voltam para a sala de aula, se você não souber lidar com os problemas você não aguenta”.

O não aguentar muitas vezes se expressa no adoecimento de alguns dos componentes da instituição, podendo atingir o corpo docente ou discente, expressando muitas vezes o mal estar institucional e não um problema orgânico de seus membros.

> (Coord. 1) “Voltando a falar do psicólogo, eu acho o psicólogo muito importante, até o psicólogo deveria fazer parte da unidade, é essencial. Agora o que eu estou sabendo é o seguinte: que cada diretoria vai ter um pequeno departamento que você vai ter profissionais da [área] da saúde no departamento pra atender o professor, até psicólogo vai ter, mas pra atender o professor que é uma classe que fica muito doente. A psicologia, a psiquiatria do Servidor [Público Estadual e Municipal, hospitais de referência para o funcionário público] é muito frequentada por professores, porque agora a doença mental está muito comum nas escolas”.

Entendemos que professor aparece como porta-voz da ansiedade do grupo, por isso adoece psiquicamente. A pressão exercida sobre os profissionais, principalmente professores, acaba levando-os ao adoecimento e a readaptação profissional, problemas bastante conhecidos por quem de alguma forma está envolvido com esse tipo de instituição.

Dentre as dificuldades vivenciadas pela escola, que podem vir a interferir no processo ensino-aprendizagem, destacamos a forma como os profissionais da educação percebem a sua clientela e a expectativa nela projetadas.

> *(Coord. 1) "Alguns dos nossos alunos já trabalham, mas são subempregos, empregos informais, mas nós temos alunos que saem daqui e vão para o SENAI direto, tão fazendo formação, mas a grande maioria não tem emprego. E como diz aqui: eles vão ser caixas no mercado, então eles vão vender coisinhas em banquinhas na rua, então é um emprego informal ou muito operacional, o aluno acaba não tendo condições. No estado de São Paulo hoje já tem um déficit, você tem vaga e não tem profissional preparado para assumir a vaga, você despeja adolescentes no mercado todo o ano, alunos que saem do 3º. Ano [do ensino médio] sem condições de assumir uma vaga no mercado de trabalho, você tem uma grande quantidade de adolescentes com um português ruim, então eles vão ficando de lado, ficando de lado, o mercado não absorve. Especificamente eu trabalho muito com eles, e eu digo aproveita a escola porque o único lugar que chama pai e mãe é aqui, em outros lugares você chama a polícia e te manda embora".*

O lugar ocupado pelos alunos no imaginário institucional está muitas vezes relacionado à deficiência, desqualificação e exclusão, gerando um circulo vicioso onde a escola não prepara os seus alunos, o mercado de trabalho não os absorve e a polícia é chamada a intervir. A explicação dada para a problemática muitas vezes passa pela questão cultural.

> *(Coord. 1) "No meu 3º. Ano [do ensino médio], por exemplo, eles saem em crise e acham que já aprenderam*

> *tudo, ainda mais se eles não tem perspectiva de para onde vão, é um problema estrutural, eles não saem [de casa], eles não vão para lugares, não vão ao teatro, não vão ao cinema, então desde o ano passado eu cheguei aqui e fiz um trabalho de levar os alunos em ambientes culturais".*

Mesmo o coordenador apontando ser esse um problema estrutural ele busca intervir. Nesse sentido, se percebe um movimento na instituição, levando a uma nova relação entre o corpo docente e o discente. Esse profissional mostra-se preocupado com a formação dos alunos e sua inserção nos ambientes culturais e os leva para esses locais na perspectiva de intervir na realidade vivenciada pelos mesmos.

> *(Coord. 1) "Na semana passada eu fui com 30 meninas e 05 meninos para o teatro, e parece, sabe, que chegou o circo na cidade do interior, todo mundo bonito, todo mundo arrumado, então nós estamos investindo na cultura, eles não tem essa possibilidade, então eu to sempre trabalhando nessa questão".*

Parece-nos que os alunos se sentem valorizados quando são levados para atividade extraclasse, por isso se preocupam mais com a própria aparência, parecendo, segundo o coordenador pedagógico, que "chegou o circo na cidade do interior". Será que a atividade extraclasse não é mais prazerosa do que a atividade desenvolvida dentro dos muros da escola, contribuindo para a mudança no comportamento do aluno?

> *(Coord. 1) "No ano passado eu saí com 30 alunos e fui de ônibus e metrô no SESI, na [Avenida] Paulista, e amanhã eu vou com 43 [alunos] nessa exposição "Índios do Brasil", aqui na Caixa Econômica da [Praça] Sé que é um Centro Cultural. Quando eu volto eu faço uma avaliação com eles: o que foi que você achou? O que isso tem a ver com a escola? O que te ajudou? Aí eu pego, leio aquilo e passo para o professor para que eles vejam. Aí eles [os alunos] começam a perceber coisas, ele deixa de reproduzir só o conteúdo para ver o todo, porque enquanto aquele menino não tiver trocado experiência com os seus iguais, com os pares, em outro ambiente ele não vai mudar".*

A valorização do aluno, do seu conhecimento, de sua cultura e a dos seus pares parece alterar a postura e o comportamento destes, tanto é que eles vão em grupo grande

de ônibus e metrô, percorrendo uma distância considerável entre a escola e a instituição que foram visitar e mesmo assim não é relatado nenhum tipo de problema nesse trajeto. Além disso, segundo relatado, os alunos aproveitam o conhecimento adquirido, percebem "coisas" e não apenas as reproduzem, propiciando uma mudança a partir da troca de experiência.

> *(Coord. 1) "Vai ter a gravação de um programa, acho que dia 20, na [TV] Cultura, sobre uma instituição que trabalha com meninos de rua, hip-hop, com grafite, com os valores que vem da rua, pessoas que tiveram problemas e hoje tem história de sucesso. E lá [na gravação] costumam ter quatro, cinco, seis escolas da periferia, é um programa com professores que já tem outra postura, e eu acho que essa questão vai influenciar no currículo, vai mudar a vida do aluno".*

Quando se valoriza o conhecimento, os valores e a cultura dos alunos podem ocorrer uma inversão do seu lugar na escola e na sociedade, fazendo com que a história de fracasso seja substituída por uma história de sucesso. Percebemos que a escola conhece alguns caminhos que pode percorrer para mudar a realidade dura que em geral é vivenciada na escola e que muitas vezes leva ao seu fracasso.

Outra questão que surge nas entrevistas em relação ao fracasso vivenciado na escola diz respeito à figura do professor que é visto como incompetente para desempenhar outra atividade profissional que não seja a de ser professor na escola pública.

> *(Coord. 1) "Esse é o grande problema da escola pública, os professores não tem essa organização, essa harmonia, então eu faço isso, só isso, não quero mudar, e tem aquele professor que trabalha em cinco, seis períodos [parece-nos se tratar de uma figura de linguagem] e diz: aqui é ruim, mas eu venho porque às vezes não tenho competência pra outra coisa, eu passei no concurso, mas também não me envolvo".*

Como essa é a percepção que a escola tem do professor, de incompetente, ele como resposta faz apenas o estritamente necessário para manter-se no cargo que ocupa por concurso, não se envolvendo com nada que exija um comprometimento maior. Afirma ainda o coordenador que:

> *(Coord. 1) "Nós não temos esse problema aqui, eu tenho muita falta de professor na primeira aula, isso tem, mas fora isso os professores que estão aqui são muito bons".*

Percebe-se que o professor ao ter projetado sobre si a incompetência e o fracasso da escola deixa de ter respeito pelo aluno, que tem que entrar no primeiro horário de aula, pois depois disso os portões da escola se fecham, mesmo não tendo um professor para acolhê-lo e ministrar-lhe aula. Muitas vezes esses alunos ficam vagando pelos corredores da escola, fato observado no dia da entrevista que foi realizada as 7:00h, ou seja, no primeiro horário de aula no turno da manhã.

Verificamos que existe complacência com os professores, que são considerados muito bons, apesar de não cumprirem horário, como se os alunos devessem ser gratos pela recepção que tem na escola. Neste caso não se questiona os direitos e deveres de cada ator institucional, nem se aventa a hipótese de que são os impostos recolhidos por todos que pagam os salários do professor, tendo o aluno direito a uma educação de qualidade. Mais uma vez percebemos a dificuldade da instituição escolar de fazer uma análise crítica sobre si mesma e sobre sua responsabilidade como instituição social.

Outro coordenador relata o que a Prefeitura do Município de São Paulo distribui aos alunos: material de apoio pedagógico de boa qualidade, uniforme e leite. No entanto, diz que, mesmo assim, a vida do aluno não é transformada, apesar de tanto investimento financeiro.

> *(Coord. 3) "Aqui nós recebemos uniformes, teve uma época que o uniforme vinha pra nós distribuirmos, a gente*

> *distribuía e separava uma reserva para esses casos [de alunos que vão para a escola sem o uniforme de educação física]. De dois anos pra cá vem lacrado, numa caixa, e são entregues aos alunos, os uniformes são dados pela Prefeitura [do Município de São Paulo], os alunos recebem uniforme, recebem leite, quatro litros de leite, recebem em casa, pelo correio, é entregue na casa deles pelo correio. O material escolar vem lacrado, é dado pela prefeitura, eles recebem todo o material pedagógico, eles têm material de apoio, recebem todo o material, completo, vem pra cada aluno, o material de apoio é maravilhoso! É melhor do que o material de escola particular! De 2ª. a 7ª. [séries] recebem material de língua portuguesa, tem um de matemática, me deixa mostrar [mostra os livros] e cada um recebe um desse, e fica pra ele. A prefeitura investe muito nos alunos, é muito dinheiro! Ainda tem o CD, olha [mostra o material]. Esse é o do professor. E eles [os alunos] fazem atividades no próprio livro, um pra cada aluno de cada série, de 2º. ao 8º. ano. Esse é o livro didático, mais o paradidático, que a nossa biblioteca tem quase 15.000 livros, e a escola não modifica a vida deles, eles não tem perspectiva nenhuma!*

Encontramos novamente o relato de que a vida do aluno não é modificada pela sua inserção na escola, apesar de haver investimento financeiro por parte do governo. O coordenador segue com seu relato e compara os alunos e suas famílias com pessoas que, diferente destes, mudam de vida através da educação.

> *(Coord. 3) "Quando nós estudamos nós mudamos de vida, a gente tem casa, tem carro, tem uma vida razoável. Eles [os alunos] não têm essa perspectiva! Eu falo muito isso pras mães aqui, porque em geral o pai é semianalfabeto, ganha um dinheirinho pra viver, eles não pensam: por que eu estou na escola? Com esse material o cara passa em qualquer Universidade Federal! Esse é um material de apoio de primeiro mundo, gente! Então, a prefeitura investe. (...) O problema é que aqui lidamos com a violência, com tudo, ... e o material é muito bom!*

Projeta-se sobre o aluno e sua família a desventura institucional, não se percebe no aluno perspectiva de um futuro diferente do vivido pelos seus pais, pois ambos estão marcados para o fracasso social. Se essa é a projeção sobre o aluno, de porta-voz do fracasso, não se dá chance para que ele aprenda. A escola, na figura dos profissionais,

devido à angústia vivenciada no trabalho cotidiano na escola, cinde e projeta maciçamente sobre o aluno o fracasso vivenciado. Este muitas vezes acaba sendo rotulado como portador de "déficit intelectual", ou de "doença" que por um lado pode impedi-lo de aprender, mas por outro o insere no mercado de trabalho, justificando o que é nele projetado.

> *(Coord. 3) "Eu tenho um caso de um aluno, ele está aqui há 11 anos, no ano que eu cheguei aqui eu dei aula pra ele, ele morava com o pai e com a avó muito velha, e a avó, nos últimos anos, agora nem andar ela andava mais, e ele já vai fazer 18 anos, e ele tava no 8º. ano, e ele tinha laudo, porque ele não aprendia, o coeficiente intelectual dele era muito aquém, tinha uma assistente social que atendia ele e conseguiu laudar ele e ele conseguiu um emprego, porque hoje em dia as empresas tem uma cota para funcionários deficientes, e ele está trabalhando no S [nome da empresa], eu consegui colocar ele lá trabalhando com carteira assinada, com direito a refeição, com direito a convênio médico, achou o caminho, e se a gente achasse caminho para mais alunos seria o ideal, só que para isso nós temos que ter o CID da doença, se não a firma não tem os descontos que o governo dá, e o meu marido tava falando que geralmente esses funcionários não dão trabalho [para as empresas que os contratam]".*

Não sabemos como foi feito o diagnóstico de deficiência, mas existem muitas críticas relativas às medidas de inteligência, questão tratada em outro momento do presente trabalho. O que queremos destacar aqui é que a inserção social do aluno acaba se dando através da "deficiência", seja na instituição escolar ou no mercado de trabalho e essa inserção é vista como positiva pela escola que gostaria de encontrar o "caminho" para outros alunos, mas para isso depende do "CID da doença".

Parece que não se acredita que de outra forma o aluno venha a se inserir socialmente e a se manter financeiramente, tendo que ser tutelado pelo estado, seja através de um benefício pago pelo governo ao deficiente que não pode trabalhar ou pela cota de funcionários exigida por lei que insere deficientes em seu quadro. Seria, no

entanto, necessário discriminar a doença, que sem dúvida há, daquela que é construída na relação institucional.

Para isso é importante fazer uma análise mais minuciosa da problemática e, assim, buscar soluções para o impasse muitas vezes vivenciado pela escola e transformá-los em problemas passíveis de serem refletidos.

Isso auxiliaria também na desconstrução da “doença” que se expressa na escola, seja ela vivenciada pelo aluno ou professor, e que acarreta muitas vezes dificuldade no processo ensino-aprendizagem. Isso facilitaria a saída da paralisia que por vezes a escola vive e que puderam ser percebidas nas entrevistas relatadas, dificultando o movimento do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho nos propusemos a estudar o processo de medicalização e patologização da educação através de entrevistas com psicólogos da rede pública de saúde e coordenadores pedagógicos de escolas públicas focalizando a intervenção desses profissionais nas dificuldades apresentadas no processo ensino-aprendizagem.

Medicalização entendida como o processo em que as questões da vida social - complexas, multifatoriais, marcadas pela cultura e pelo tempo histórico - são reduzidas à lógica médica, buscando sua origem na biologia. Dá-se o nome de patologização à ampliação do espectro da Medicina para outras áreas das ciências da saúde, tais como Psicologia, Fonoaudiologia, Enfermagem etc., entendida como um processo ideológico que transforma problemas sociais em doenças de indivíduos.

Considerando o que foi discutido, identificamos que nos casos em que as escolas detectam dificuldades no processo ensino-aprendizagem, seja devido a problemas de aprendizagem ou de comportamento, ocorre num primeiro momento uma intervenção dentro da própria escola, caso essa ação não produza resultados os alunos são encaminhados para especialistas da área da saúde na tentativa de resolução dos problemas. Os profissionais de referência para esse tipo de encaminhamento são os pediatras das UBS's, os psiquiatras e psicólogos dos CAPS's e os estudantes de Psicologia das clinicas-escolas das Universidades da região de abrangência das escolas. O que denota que as dificuldades identificadas pela escola, quando estas não conseguem intervir, são reduzidas à lógica médica.

Cabe destacar que há uma alteração no destino dos encaminhamentos dentro da rede pública de saúde, das UBS's, conforme relatado em nossa pesquisa de mestrado (BASTOS, 1999), para os CAPS's, portanto, da atenção primária para a secundária. Na primeira instituição os alunos em geral são atendidos por psicólogos, na segunda as crianças e adolescentes além de serem atendidas por psicólogos podem estar sendo tratadas por psiquiatras e medicadas com psicotrópicos. Por outro lado, essa clientela ainda procura atendimento na atenção primária, quando isso ocorre os usuários são atendidos sem que haja vinculação com a instituição que faz o encaminhamento, pois a maioria dos psicólogos não descreve atuar junto às escolas. Os atendimentos oferecidos são o psicodiagnóstico e a psicoterapia, individual ou de grupo, focalizando a criança ou o adolescente e sua família, sendo raras as intervenções nas escolas.

Há a ideia de que as crianças ou adolescentes carregam em si as dificuldades que geram os problemas identificados na escola ou que as suas famílias são as responsáveis pelo mesmo. Com isso a reflexão para além da esfera familiar se enfraquece, mantendo-se inalterados os âmbitos institucionais, políticos e sociais, muitas vezes eles próprios geradores de problemas.

Neste sentido, aponta-se para a medicalização e patologização dos fenômenos sociais, que faz com que a escola transfira ao médico ou psicólogo a responsabilidade pelas crianças ou adolescentes com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento, muitos deles forjados no ambiente escolar, transformando um problema social em patologia do indivíduo.

Tais questões indicam as dificuldades do psicólogo no atendimento ao escolar, o que nos parece estar ligado diretamente à sua atuação na Saúde Pública. Neste sentido, apontou-se para à formação deficitária do psicólogo no que tange à atuação em

instituições, inclusive para a sua filiação profissional que aparece desconectada em relação à instituição que o contrata, propiciando o atendimento clínico, inspirado na atuação do profissional liberal, fundadas numa concepção de indivíduo que desconsidera seu contexto social para além do grupo familiar.

Em relação ao trabalho do psicólogo na rede pública de saúde detectou-se que muitas vezes ele é desenvolvido de forma solitária em detrimento de ações em equipe multidisciplinar. Devido a esse tipo de atuação existe, possivelmente, uma falsa percepção de autonomia no trabalho, levando à priorização do atendimento clínico focalizando o indivíduo. Esse profissional muitas vezes desconhece os programas instituídos pela Secretaria da Saúde, e quando os conhece não os privilegia. Mantém-se ligado à "herança" da formação acadêmica em Psicologia que dá o tom da atuação, focalizando o indivíduo em detrimento do contexto social onde ele está inserido.

Há também falta de subsídios teóricos voltados à atuação em Saúde Pública; pouca difusão dos programas previstos para atuação na atenção primária; falta de preparo conceitual que instrumentalize o psicólogo a atuar com grupos e instituições; falta de clareza das políticas públicas de saúde voltadas para essa área de atenção; e instituição de políticas de Saúde Pública sem a devida discussão com os trabalhadores.

Com a falta de investimento do governo nos profissionais da área da Saúde Pública neste nível de atenção, incluindo supervisão, cursos e aquisição de materiais, os psicólogos têm em sua atividade diária experiências de abandono, impotência e frustração, muitas vezes impedindo o desenvolvimento do trabalho que não seja o atendimento clínico voltado ao usuário considerado individualmente. Como consequência ocorre um ataque ao enquadramento institucional, percebido muitas vezes como abusivo, levando à sensação de grande desconforto.

Essa sensação acaba gerando, como defesa, um afastamento da experiência vivenciada no local de trabalho que vá além da atividade clínica, fazendo com que os psicólogos passem a maior parte do tempo de sua atividade profissional dentro da sala de atendimento junto com a sua clientela. O psicólogo trabalha sem utilizar o apoio de profissionais de outros setores, inclusive do administrativo, sobrecarregando-se. Justifica sua postura dizendo não encontrar o que funcione “em parceria” dentro da rede pública.

Em consequência da experiência despertada no cotidiano de trabalho os psicólogos fazem da sua sala de atendimento um refúgio contra os ataques sofridos e encontram conforto no seu ambiente privatizado, desenvolvendo um trabalho que não contempla ações mais abrangentes voltadas à instituição, entre os âmbitos da psicologia social, grupal e institucional.

A atividade prioritária dos psicólogos nessa área de atenção é a de realizar psicodiagnóstico e psicoterapia. Essa também é a expectativa das instituições que buscam o serviço desses profissionais, muitas vezes com o objetivo de classificação e de adequação social.

O psicólogo, incentivado por sua formação acadêmica, pela perspectiva muitas vezes a-histórica e apolítica dos fatores implicados na queixa que trás o aluno para atendimento e também pelas dificuldades enfrentadas na instituição que o contrata, ao receber a demanda das escolas tende a abarcá-la sem uma reflexão critica prévia, podendo inclusive auxiliar no processo de exclusão dos alunos e expropriação dos seus direitos a uma educação de qualidade.

Quando isso ocorre o profissional tende a entrar em conivência com as instituições escolares, transformando em casos clínicos os alunos que lhes são

encaminhados. Estabelece-se aqui um pacto entre as instituições saúde e educação. Pacto esse já apontado em nossa dissertação de mestrado (BASTOS, 1999) e que se mantém inalterado, sendo necessário ser trabalhado. Da forma como se apresentam, os problemas de aprendizagem ou de comportamento deixam de ser de responsabilidade das escolas, com isso, transferem-se os problemas aos psicólogos que atuam na rede pública de saúde, os quais, por sua vez, o individualizam.

Há problemas enfrentados pelas escolas no que tange às políticas públicas na área da educação - como a educação inclusiva e a promoção automática. Estas são implantadas sem uma reflexão profunda com a categoria; gerando desconforto nos profissionais que muitas vezes não sabem como vão atender à politica implantada. Os coordenadores queixam-se do pouco envolvimento dos pais de alunos na educação formal dos filhos; preocupam-se com a realidade social da clientela, como pobreza; e com as questões sociais da comunidade, como violência e drogas. Motivos que, segundo eles, interferem no comportamento ou aprendizagem do aluno e, como a instituição tem dificuldade de lidar com essas questões, busca ajuda no especialista.

Portanto, várias são as dificuldades dos profissionais no cotidiano das escolas públicas e muitas vezes busca-se a solução para elas na área médica. Neste sentido, o laudo médico ou psicológico define a forma com que a escola lida com o aluno. O laudo atestando algum tipo de doença/deficiência serve para incluir o aluno em educação compensatória - que se faz em paralelo com a educação inclusiva - ou dá respaldo para que se exclua o aluno desse tipo de educação, pois dependendo da patologia detectada o aluno não está apto para a educação inclusiva, devendo frequentar uma escola especializada.

Ocorre de os professores buscarem a solução para os problemas que enfrentam na escola na área da saúde. A dificuldade de se fazer uma análise ampla de todos os fatores envolvidos no sentimento de fracasso vivenciado na escola faz com que os profissionais da educação questionem a escolha da profissão. Como consequência adoecem e eventualmente são readaptados. O problema não está relacionado ao corpo e sim à dinâmica institucional.

Os coordenadores pedagógicos fazem menção de que a escola não modifica a vida dos alunos, apesar de todo investimento feito pelo governo e pela própria instituição, e isso os preocupa. Talvez isso se dê por dois motivos. O primeiro devido ao fato de os alunos terem condições sociais muito precárias, com comunidades vivenciando problemas ligados à pobreza, violência e uso de drogas. O segundo está ligado à própria estrutura da instituição escolar que está com dificuldade de cumprir o seu papel social. Esses fatores articulados dificultam para a escola ocupar um lugar de transformação na vida das pessoas.

Com isso, o aluno é visto como porta-voz do fracasso da escola e o que o insere tanto na escola quanto na sociedade é a doença/deficiência, que lhe oferece a possibilidade de frequentar a educação compensatória, onde tem maior atenção do professor; obter benefícios sociais e inserção no mercado de trabalho. Doença essa muitas vezes construída na relação institucional.

Se de um lado percebe-se que a dinâmica institucional não está sendo questionada e que a escola está com dificuldade de fazer uma análise crítica sobre si mesma. Havendo necessidade de se refletir sobre todas as questões envolvidas nas dificuldades enfrentadas por essa instituição para que se promova uma mudança no quadro, revendo os papéis institucionais.

Por outro, também são patentes as dificuldades dos psicólogos que atuam em UBS's, ficando clara a necessidade de revisão dos currículos de formação de psicólogos em nível de graduação para atender a demanda da Saúde Pública no país. Também é importante o investimento em cursos de pós-graduação e extensão universitária que levem à reflexão e a instrumentalização do psicólogo nesta área de atuação, inclusive nos aspectos ligados à medicalização e patologização da vida.

Faz-se necessária uma revisão das políticas públicas e também uma discussão com a categoria para que se reflita sobre a sua atuação nas UBS's e nas escolas e as vivências que esse trabalho desperta. Bem como, se faça uma reflexão sobre os pedidos de avaliação e tratamento que partem das instituições educacionais para que se compreenda amplamente o objetivo dos mesmos, evitando assim que se rotule o aluno e patologize a educação e a vida, risco que se corre já que o aluno/usuário não está sendo visto em sua complexidade e as instituições que solicitam a intervenção não estão sendo analisadas.

Para isso é importante fazer uma análise minuciosa da problemática e, assim, buscar soluções para o impasse muitas vezes vivenciado tanto pelos profissionais da saúde quanto da educação e transformá-los em problemas passíveis de serem refletidos.

Isso auxiliaria também na desconstrução da "doença" que se expressa na escola, seja ela vivenciada pelo aluno ou professor, e que acarreta muitas vezes dificuldade no processo ensino-aprendizagem e sobrecarrega as instituições na área da saúde. Com isso, se propiciaria a saída da paralisia que por vezes tanto escola quanto a UBS vive, facilitando o movimento do grupo.

O psicólogo, principalmente o de UBS, se bem instrumentalizado é indicado para auxiliar na análise da escola e posterior intervenção, propiciando uma revisão dos

papeis institucionais, levando, com isso, à mudança. Se assim for estará auxiliando também o professor a lidar com a angústia e a frustração que surge no cotidiano escolar, além de instrumentaliza-lo a lidar com a realidade dos alunos sem tirar o foco do conteúdo pedagógico. Esse trabalho pode tornar a tarefa dos profissionais da educação mais gratificante e, com isso, todos os atores institucionais serão beneficiados, inclusive o psicólogo que terá o seu trabalho ampliado.

Antes de isso ocorrer faz-se necessária a análise dos pactos firmados entre as instituições saúde e educação. Pacto, no sentido utilizado por Kaës (1977), ou seja:

> "(...) pacto que eu entendo como oposição ao contrato, como resultado de uma paz imposta. O pacto contém e transmite violência. O pacto narcísico designaria assim uma destinação unívoca ou mútua a um lugar de perfeita coincidência narcísica (...). Tal pacto duplica-se então necessariamente em um pacto denegativo. Por esse conceito eu entendo aquilo que se impõe em todo vínculo intersubjetivo para ser consagrado, em cada sujeito do vínculo, aos destinos do recalcamento ou da denegação, da negação, da desaprovação, da rejeição ou do enquistamento no espaço interno de um sujeito ou de vários sujeitos. Esse acordo inconsciente sobre o inconsciente é imposto ou concluído para que o vínculo se organize e mantenha-se na sua complementaridade de interesse, para que seja assegurada a continuidade dos investimentos e dos benefícios ligados à subsistência das funções ideais, do contrato ou do pacto narcísico. O preço do vínculo é aquilo mesmo de que não poderia tratar-se entre aqueles que ele liga, em seu mútuo interesse, em razão da dupla economia cruzada que rege as relações dos sujeitos singulares e da cadeia de que são membros" (pp.264-265)".

Neste sentido, existe uma renúncia pulsional mútua, sob pena de cada um dos elementos do grupo ser eliminado caso não cumpra com seu papel. Sendo assim, ao ser firmado um pacto denegativo entre as instituições saúde e educação é possível à

preservação da ordem estabelecida, evitando a crise que toda mudança carrega e, com isso, impedindo a transformação.

Para que haja transformação faz-se necessário estabelecer o “inter”, que fará a ligação entre as instituições saúde e educação. O desenvolvimento do trabalho interinstitucional requer, além de conhecimentos específicos das duas instituições, a percepção dos limites impostos ao trabalho. A partir do momento que os limites são postos, cai por terra o poder instituído até então, obrigando que as duas instituições envolvidas reordenem a estrutura do sistema vigente.

Enquanto não se reordenar a estrutura, tanto da instituição saúde quanto da instituição educação, e esse “inter” não puder se dar, os alunos e suas famílias, que têm depositado em si o sintoma institucional, continuarão sendo diagnosticados e tratados por médicos e psicólogos. Enquanto assim for, a instituição escola se manterá inalterada e os profissionais da saúde não questionarão o seu fazer. Questão que, da forma como hoje se apresenta, não é suficiente para abarcar a totalidade dos fenômenos que envolvem o problema apontado.

São muitos os desafios!

BIBLIOGRAFIA

Abramowicz, M. Avaliando a avaliação da aprendizagem: um novo olhar. São Paulo. Lúmen, 1996.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Disponível em < http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home > acesso em: 28 de junho de 2013.

Aguiar, A. A. A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 2004.

Althusser, Louis (1965) Pour lire le Capital Maspéro, Paris

Arruda, J. Saúde mental da criança escolar. SP, 1939, mimeo.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4a ed.). .Washington, DC, 1994.

Andrade, E.R.; Scheuer, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 62, n. 1, p. 81-85. 2004.

Barrientos. G. Saúde mental, políticas públicas e neoliberalismo: a experiência de Cuba. In: **Fim de século: ainda manicômios?** . IPUSP, São Paulo, 1999.

Bastos, H.P. O psicólogo da saúde pública numa proposta de trabalho interinstitucional: a queixa escolar como elo de ligação. Dissertação (mestrado) IPUSP. SP, 1999.

Benevides, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? Psicologia & Sociedade, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Bernardes, A. G. Psicologia e saúde: interrogando práticas psicológicas. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 62, n. 3, p. 1-114, 2010. Disponível em: < http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/view/674/482 >, acesso em: 04 de abril de 2011.

Bernardes. M.G.P. Inventariando a produção do aluno problema: a queixa escolar em questão. Dissertação (mestrado) FEUSP. São Paulo, 2008.

Bertassoni et al. Um pouco da história das santas casas de misericórdia (monografia). Colégio Militar de Curitiba. Curitiba, 2000.

Bertolli Filho, C. História da saúde pública no Brasil (vol.1). Ática, São Paulo, 1996.

Blech, J. **Los inventores de enfermedades**: cómo nos convierten en pacientes: Colección Imago Mundi. Barcelona: Destino, 2005. v.65.

Bleger, J. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1989.

---------- Simbiose e Ambiguidade. Ed. Fco.Alves. RJ, 1988.

----------Temas de psicologia: entrevista e grupos. Martins Fontes. SP, 1987.

---------. A entrevista psicológica. In: **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. Martins Fontes. SP, 1980.

Boarini, M.L. Unidades Básicas de Saúde: Uma extensão da Escola Pública? Tese (doutorado) IPUSP. SP, 1993.

Boarini, M.L. e Wanderbroock Junior, D. Educação higienista, contenção social: a estratégia da Liga Brasileira de Hygiene Mental na criação de uma Educação sob medida (1914-45), sem data, mimeo.

Bock, A. M. Superando as concepções tradicionais: o ponto de vista das entidades. In: Aventuras do Barão de Münchhausen na psicologia. EDUC/Cortez, São Paulo, 1999.

Braga, S.G.; Morais, M.L.S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. Psicol. USP. 18 (4), Dez. 2007, p.35-51.

Brasil. Ministério da Educação. Declaração de Salamanca, 1994. Disponível em < http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Abc do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

Brasil. Anais: Ministério da Saúde. 8ª. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 17 a 21 de março de 1986.

Brasil. Lei 4119 de 27/08/1962, 1962. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Bueno, J.G.S. Práticas institucionais e exclusão social da pessoa deficiente. In: **Machado, A.M. et al. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.). Educação especial em debate**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1997, pp.37-54.

Bueno, M.T.B.; Morais, M.L.S.; Urbinatti, A.M.I. Queixa escolar: proposta de um modelo de intervenção. In: **Saúde e educação: muito prazer!** Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000.

Caponi, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 1 (14), 2009, pp. 95-103.

Calligaris, C. Folha de São Paulo. E 12. 17/Jan, 2013.

Campos, L. F. L.; Largura, W. A.; Jankovic, A. L. Efeito da graduação em Psicologia nas escolhas profissionais de seus estudantes. Psico, v. 30, n. 2, p. 29-44, 1999.

Cardoso, O.B. O problema da repetência na escola primária. Revista Brasileira Est. Pedagógicos. 13 (35), 1949.

Carneiro Jr, N. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. Tese (doutorado) FMUSP. SP, 2002.

Carvalho, J. S. F. *Construtivismo: uma pedagogia esquecida.* Porto Alegre: Artmed, 2001.

Carvalho, L. B.; Bosi, M. L. M.; Freire, J. C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. Psicologia: ciência e profissão, v. 29, n. 1, 2009, pp. 60-73. Disponível em: < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100006 >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Castanho, M.I.S. Da educação para a saúde: o processo de construção da identidade do psicólogo. Tese (doutorado) IPUSP, SP, 1996.

Cerqueira, L. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental, São Paulo, 1984.

Chanlat, J. F. (ORG). O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. (Vol.I). Atlas, SP, 1996.

Chauí, M. O que é ideologia? Brasiliense, São Paulo, 1979.

Coimbra, C. M. B.; Nascimento, M. L.. O Efeito Foucault: Desnaturalizando Verdades, Superando Dicotomias. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 17, n. 3, 2001, pp. 245-248. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300006&script=sci_arttext >, acesso em: 21 de junho de 2011.

Collares, C.A.L. O cotidiano escolar patologizado: espaço de preconceitos e práticas cristalizadas. Tese (livre-docência) Faculdade de Educação. UNICAMP. Campinas, 1994.

Conrad, P.; Schneider, J.W. *Deviance and medicalization:* from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

Conselho Federal de Psicologia. Brasília Disponível em: < http://www.pol.org.br >, acesso em: 28 de julho de 2012.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Disponível em: < http://www.crpsp.org.br >, acesso em: 28 de julho de 2012.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional queixa escolar. (org.) Medicalização de crianças e adolescente: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2010.

Daneluci, R. C.. Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado) IPUSP, SP, 2010.

Daúd Júnior. N. Neoliberalismo, luta antimanicomial e pós-neoliberalismo. In: **Fim de século: ainda manicômios?** . IPUSP, São Paulo, 1999.

Deleuze, G.. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

Demeneck, K. A. Síntese propositiva de competências do psicólogo para o processo de trabalho na atenção primária à saúde. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

Dimenstein. M.D.B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estudos Psicológicos. vol.5 no.1 (Jan./Jun), Natal, 2000.

---------- O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia (Natal), v. 3, n. 1, Jan/jun, Natal, 1998, pp. 53-81. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf >, acesso em: 10 de fevereiro de 2011.

Dória, S, Duas cartas a Oscar Thompson. In: **Anuário do ensino do Estado de São Paulo**. Diretoria Geral de Instrução Pública. SP, 1918.

Esposel, F. Idéas geraes de hygiene mental. In: **Archivos Bras. de Hygiene Mental**. Ano 1. n.01, 1925.

Fermino, J. M.; Patrício, Z. M.; Krawulski, E. e Sisson, M. C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a

formação e as práticas profissionais. Aletheia, n. 30, 2009, pp. 113-128. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&nrm=iso >, acesso em: 11 de agosto de 2011.

Fernandes, M.I.A. Campo de Terezin: o sonho como resistência. Psicologia USP. 19 (1). São Paulo, jan./mar. 2008, pp. 35-42.

---------- O trabalho psíquico da intersubjetividade. Psicologia USP. 14 (3). São Paulo, 2003, pp. 47-55.

---------- A população diante da implantação de programas políticos: efeitos da violência. In: Camino, L.; Menandro, P.R. (org.). In: **A sociedade na perspectiva da psicologia: questões teóricas e metodológicas.** Rio de Janeiro, ANPEPP, 1996. p.70-5. (Coletâneas da ANPEPP, v.1, n.13).

---------- Ruptura ou repetição: uma experiência em um grupo de formação. In: **Los vínculos en la América Latina**. s.l., FLAPAG. [Apresentado no 12. Congresso Latino-Americano de Psicoterapia Analítica de Grupo], Buenos Aires, 1996.

---------- A subjetividade à luz de uma teoria de grupos. Psicologia USP, v.5, n.1/2, p.285-96, 1994.

---------- De como emerge a questão do narcisismo e da alteridade no grupo operativo. Tese (doutorado). IPUSP. SP, 1989.

Figueiredo. I.M.Z. Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde da última década. Tese (doutorado) UNICAMP, Campinas, 2006.

Foucault, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

---------- História da loucura. Perspectiva. SP, 1991.

---------- Microfísica do poder**.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

---------- Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

---------- História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

---------- História de la medicalización. In: **Educación médica y salud** (Vol. 11). 1977, pp.3-25, mimeo.

Freire, F. M. S.; Pichelli, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade**.** Psicologia: ciência e profissão, v. 30, n. 4, 2010, pp. 840-853. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400013 >, acesso em: 25 de fevereiro de 2011.

Freire, F. M.. A Psicologia na atenção básica à saúde: uma relação dialógica com o SUS Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, 2010.

Freller, C.C. Crianças portadoras de queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico. Curso de atualização: "Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar". IPUSP, 1996, mimeo.

---------- Crianças portadoras de queixa escolar: um enfoque "winnicottiano". Dissertação (mestrado) IPUSP, SP, 1993.

Garcia, R. Folha de São Paulo. A 10. 07/01, 2013.

Goodwin, J. História da Psicologia Moderna (2ª ed.). São Paulo: Cultrix Editora, 2005.

Guareschi, N. M. F.; Dhein, G.; REIS, C.; Machry, D. S.; Bennemann, T. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 61, n. 3, p. 35-45, 2009.

Guarido, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: **Medicalização de crianças e adolescente: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2010, 27- 40.

---------- A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 33, n. 1, . Abr., 2007. pp. 151-161. . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000100010&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 28. Junho de 2013.

Guarido, R.; Voltolini, R. O que não tem remédio, remediado está? Educ. ver. [online]. Vol. 25, n.1, pp. 239-263.

Guirado, M. Psicologia institucional. EPU. SP, 1987.

Illich, I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM). Disponível em: < http://www.idum.org.br/site/index.php >, acesso em: 28 de junho de 2013.

Junqueira. V. Saúde na Cidade de São Paulo (1989 a 2000). Polis-PUC (Observatório dos direitos do cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3), São Paulo, 2001.

Kaës, R. O grupo e o sujeito do grupo. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1997.

Lajonquière, L. Infância e Ilusão: escritos de psicanálise e educação. Petrópolis: Vozes, 1999

Lancetti, A. Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole. In **Jatene, Adib D. et all. Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000, pp.11-52.

Leite. S. O psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. Psicologia ciência e profissão. Ano 17. n.1. Brasília, 1997.

Lewontin, R.C.; Rose, S.; Kamin, L.J. No está en los genes: racismo, genética e ideologia. Barcelona: Romanyà/Valls, 2003.

Lima, G.Z. Emergência das propostas de saúde escolar no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). Medicina Preventiva. FMUSP. SP, 1983.

Lins, F. R. S.. A psicologização da psicanálise na educação: um estudo de sua origem em S. P.. In: **O declínio dos saberes e o mercado do gozo**, 8., 2010, São Paulo. FE/USP, Disponível em < http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032010000100019&lng=en&nrm=abn >. Acesso em: 29 June. 2013.

Lopes, E. Menores incorrigíveis. Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, Jun/1930, pp.241-246.

Lopes, E. M. T.. As Origens da Educação Pública: A Instrução na Revolução Burguesa do Século XVIII. MG: Argvmentvm, 2008.

Luz, M. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: **AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.

Machado A. M. Avaliação e Fracasso: a produção coletiva da queixa escolar. In: **AQUINO, J. G. (org.).** ***Erro e Fracasso na Escola:*** **alternativas teórico práticas.** 2ª ed. São Paulo: Summus, 1998. p. 73-79.

---------- et al. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.). Educação especial em debate. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1997.

---------- Crianças de classe especial: efeitos do encontro da saúde com a educação. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1994.

Mancebo, D. História e Psicologia: um encontro necessário e suas "armadilhas". In: **Massimi, M.; Guedes, M. C. História da Psicologia no Brasil**: **Novos Estudos**. São Paulo: Cortez Editora, 2004, pp. 11-26.

Marçal, V. P. B; Silva, S.M.C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. Psicol. Esc. Educ. Jun.2006, vol.10, n.1, p.121-131.

Mazer, S. M.; Melo-Silva, L. L. Identidade profissional do Psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. Psicologia: ciência e profissão, v. 30, n. 2, 2010, pp. 276-295.

Medeiros, P. F.; Bernardes, A.; Guareschi, N. M. F.. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas**.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 21, n. 3, 2005, pp. 263-269. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300002 >, acesso em: 11 de julho de 2011.

Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. Disponível em < http://medicalizacao.org.br >, acesso em: 10 de julho de 2012.

Meira, M.E.M**.** Para uma crítica da medicalização na educação. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 16, Número 1, Janeiro/Junho de 2012, pp. 135-142.

--------. A medicalização e a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural. In: Anais de trabalhos completos. Maceió. XV Encontro Nacional da ABRAPSO. 2009, pp. 1-8.

Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, Melhoramentos. São Paulo, 2007.

Moraes, M. Criminalidade da infância e da adolescência. Fco. Alves. RJ, 1927.

Morais. M.L.S. Fórum de saúde mental. In: **Saúde e educação: muito prazer!** Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000.

Morais, M.L.S. e Souza, B.P. Saúde e educação: muito prazer! Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000.

Moscovici, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história. In: **Jodelet, D. As representações sociais**. Rio de Janeiro, EDUERJ: 2001, pp. 45-66.

Moysés, M.A.A. e Collares, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: **Medicalização de crianças e adolescente: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2010, 71-110.

---------- Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: **Medicalização de crianças e adolescente: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2010, pp. 193-214.

---------- Medicalização: elemento de desconstrução de direitos humanos. In: **Comissão Regional de Direitos Humanos (org.): Direitos Humanos?** O que temos a ver com isso? Conselho Regional de Psicologia. Rio de Janeiro, 2007.

---------- Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: **Introdução à Psicologia Escolar.** Casa do Psicólogo. São Paulo, 1997.

---------- Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. São Paulo: Psicologia USP (8), 1997.

---------- Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização. Cortez. SP, 1996.

---------- Aprofundando a discussão das relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda. Em aberto (INEP/MEC) n.67. SP, 1996.

----------. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação) série ideias n. 23. São Paulo: FDE, 1994. p. 25-31.

---------- Sobre alguns preconceitos no cotidiano escolar. Ideias. São Paulo, 1993.

---------- A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Cadernos CEDES, Campinas, n. 28, 1992, mimeo.

Moysés, M.A.A. e Lima, G.Z. Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? Revista da ANDE, n.5, 1982, pp.56-62.

Oliveira, C. F. A Residência Multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

Oliveira. I.F. A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectivas. Tese (doutorado) IPUSP. São Paulo, 2005.

Oliveira, I. F.; Dantas, C. B.; Costa, A. L.; Silva, F.; Alverga, A.; Carvalho, D.; Yamamoto, O. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Formação Acadêmica e Prática Profissional. Interações**,** v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

Paim, J. S.; Almeida Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

Patto. M.H.S. Formação profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: **Fim de século: ainda manicômios?** . IPUSP, São Paulo, 1999.

---------- A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo, T.A. Queiroz, 1990.

---------- Psicologia e Ideologia (uma introdução à psicologia escolar) T.A.Queiroz, Editor. SP, 1984.

Pichon-Rivière, E. O Processo Grupal. Ed. Martins Fontes. SP, 1994.

---------- Teoria del vínculo. Nueva Vision. Buenos Aires, 1980.

---------- El concepto de porta-voz. In: **Temas de Psicologia Social**. 1978, pp.02/11, mimeo.

---------- El proceso creador. Nueva Visión. Buenos Aires, 1977.

---------- La psiquiatría: una nueva problemática. Nueva Visión. Buenos Aires, 1977.

Pires, L. H. S. Formação do psicólogo: perspectivas de alunos de um curso de graduação. Dissertação (mestrado). USP. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, 2008.

Psiqweb. Portal de psiquiatria. Disponível em < http://www.psiqweb.med.br/site/ >, acesso em 24/06/2013.

Poppovic, A.M. Atitudes e cognição do Marginalizado Cultural. In: Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, 57 (126), 1972.

Ramos, A. As fugas escolares. In: **A creança problema**. Cia. Nacional, 1939, mimeo.

---------- A Hygiene mental na escola primária: tratamento e assistência. In: **A creança problema**. Cia. Nacional, 1939, mimeo.

Rego Monteiro, H.; Abreu, R. Arouca, meu irmão: uma trajetória a favor da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Contracapa, 2008.

Rego Monteiro, H. Construindo saúde: a dimensão coletiva do sofrimento docente. In: Salto para o futuro. Ano XVIII. Boletim 19, Outubro, 2008, pp. 03-09. Disponível em < http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/182457Saudeprof.pdf >, acesso em: 05 de julho de 2012.

Rego Monteiro, H**.** Ontem "anormais" hoje, "portadores de transtorno": cartografando a fabricação de subjetividades medicalizadas. In: **VIII Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sudeste.**, Anais,. v. 1, Vitória, 2007, p. 314-315.

---------- Medicalização da Vida Escolar. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: UNIRIO, 2006.

Reis, C.; Guareschi, N. M. F.. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. Psicologia: ciência e profissão, v. 30, n. 4, 2010 pp. 854-867. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400014 >, acesso em: 04 de julho de 2011.

Rey, F. G.; Guareschi, P. A.. Desafios epistemológicos da psicologia hoje. Psico, v. 30, n. 2, 1999, pp. 7-28.

Rocha, M. L. Inclusão ou exclusão? Produção de subjetividade nas práticas de formação. Psicologia em estudo, v. 13, n. 3, 2008, pp. 477-484. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a08.pdf >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Rocha, M. L.; Rocha, D. Produção de conhecimento, práticas mercantilistas e novos modos de subjetivação. Psicologia & Sociedade, v. 16, n. 1, 2004, pp. 13-36. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/psoc/v16n1/v16n1a03.pdf >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Rohde, L.A.; Halpern, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr.**, v.80, n.2, supl., p.S61-70, 2004.

Santos Filho. L.C. História Geral da Medicina Brasileira (2 v). Hucitec, São Paulo, 1977.

Scarcelli. I.R. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: **Fim de século: ainda manicômios?** . IPUSP, São Paulo, 1999.

_____, I.R. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental. A experiência do município de São Paulo (1989 - 1992) - Dissertação (mestrado). IPUSP. SP, 1998.

Schultz, D. História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix Editora, 1975.

Scorsolini-Comin, F.; Vilela e Souza, L.; Santos, M. A. Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. Revista Brasileira de Orientação Profissional, v. 9, n. 2, 2008 pp. 113-125. Disponível em: < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000200010 >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Silva. R.C. O trabalho dos psicólogos nos Centros de Saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde. Tese (doutorado). IPUSP. SP, 1988.

Souza, B.P. Orientação à queixa escolar: considerando a dimensão social. Psico. Cienc. Prof. Jun. 2006, vol. 26, n. 2, p.312-319.

Souza. M.P.R. Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar. Estilos Clin, Jun. 2005, vol. 10, n. 18, pp. 82-107.

---------- A queixa escolar e a formação do psicólogo. Tese (doutorado). IPUSP. SP, 1996.

Souza, M.P. R; Machado, A.M. As crianças excluídas da escola: um alerta a psicologia. Curso de Atualização “Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar”. IPUSP. SP, l996, mimeo.

Tambellini, A. T.; Câmara, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, n. 2, 1998, pp. 47-59.

Torre E.H.G.; Amarante P.D. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Revista Ciência & saúde coletiva 6 (1), 2001, pp. 73-85.

Vasconcelos. E. Mundos paralelos até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. Interações. Vol. IX N. 17. Jan/Jun, São Paulo, 2004, p.71-89.

Vasconcelos, M.M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

Voltolini, R.. A relação professor-aluno não existe: corpo e imagem, presença e distância. ETD. Educação Temática Digital, v. 8, p. 119-139, 2007.

Yamamoto, O. H.; Siqueira, G.; Oliveira, S. C. A Psicologia no Rio Grande do Norte: caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. Estudos de Psicologia, v. 2, n. 1, Natal, 1997, pp. 42-67 Disponível em: < www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a04v2n1.pdf >, acesso em: 10 de maio de 2011.

Yazlle, E. G. Atuação do psicólogo escolar: alguns dados históricos. In: **Cunha, B. B. B., Yazlle, E. G., Salotti, M. R. R.; Souza, M. (org.). Psicologia na Escola: um pouco de história e algumas histórias.** São Paulo: Arte Ciência, 1997.

Zola, I. The Concept of Trouble and Sources of Medical Assistance--To Whom One Can Turn, With What and Why." Social Science and Medicine 6:673-79, 1972.

Sítios:

http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentostecnicos

http://www.teses.usp.br

Bibliografia Complementar

Albornoz, S. O que é trabalho? Brasiliense. SP, 1992.

Amaral, L.A. Atitudes, preconceitos, estereótipos. In: **Espelho convexo: O corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil**. Tese (doutorado) IPUSP. SP, 1992, pp. 60-75.

Andaló, C.S.A. Fala, professora! Repensando o aperfeiçoamento docente. Vozes. SP, 1995.

Anzieu, D. O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal. Casa do Psicólogo. SP, 1993.

Basaglia, F. A instituição negada. Graal. RJ, 1985.

Bejarano, A. Resistência e transferência nos grupos. In: **O trabalho psicanalítico nos grupos** - Disc. "Narcisismo, alteridade e grupo operativo". IPUSP. SP, 1996, mimeo.

Berman, M. Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade. Cia. das Letras. SP, 1994.

Bion, W.R. Experiências com grupos. Imago. RJ, 1975.

Bisseret, N. A ideologia das aptidões naturais. In: DURAND. JCG (Org.) Educação e hegemonia de classe. Zahar. RJ, 1979, pp.30-67.

Bosi, E. Memória e sociedade: lembrança de velhos. Cia. das Letras. SP, 1994.

---------- A opinião e o estereótipo. Contexto (2): 97-104. SP, 1976.

---------- Cultura e desenraizamento. In: **BOSI. A. Cultura brasileira: temas e situações**. Ática. SP, 1987.

Brandão, Z. et al. Estado da arte da pesquisa sobre evasão e repetência no ensino do 1. Grau no Brasil (1979-1981). Revista Brasileira de Est. Pedagógicos. 64 (147), 1983, pp. 38-69.

Cagliari, L.C. O príncipe que virou sapo: considerações a respeito da dificuldade de aprendizagem das crianças na alfabetização**.** Cadernos de Pesquisa, 1985 (55), pp.50-62.

Camargo, D.A.F. Um estudo piagetiano em crianças ludovicenses. Cadernos de Pesquisa. (57), Mai/1986, pp. 71-77.

Campos, M.M.M.; GOLDENSTEIN, M. O ensino obrigatório e as crianças fora da escola: um estudo da população de 7 a 14 anos excluída das escolas na Cidade de S.Paulo. In: **Fund.Carlos Chagas**. Projeto educação. Subprojeto 5, 1981.

Carraher, T.N.; et al. Cultura, escola, ideologia e cognição: continuando um debate. In: **Cadernos de Pesquisa**. (57), Mai/1986. pp. 78-85.

Castel, R. O psicanalismo. Graal. RJ, 1978.

---------- A Gestão dos Riscos. Livraria Martins Fontes. SP, 1994.

Catani, A.M. O que é capitalismo. Brasiliense. SP, 1992.

Chauí, M.S. Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. Editora Moderna. SP, 1984.

---------- Ideologia e educação. Rev. Educação e Sociedade (5), Jan/1980.

Correa, M.S. A mentira da evasão. Entrevista c/ Ribeiro. SC. Revista Veja, 28/07, 1993.

Costa, J.F. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. Campos. RJ, 1989.

---------- História da psiquiatria no Brasil. Xenon. SP, 1989.

Cruz, S.H.V. A representação da escola em crianças da classe trabalhadora. Dissertação (mestrado) IPUSP. SP, 1987.

Cunha, M.C.P. Cidadelas da ordem: a doença mental na República. Brasiliense. SP, 1990.

Enriquez, E. A instituição e as instituições. Casa do Psicólogo. SP, 1991.

Freitag, B. Sociedade e consciência: um estudo piagetiano na favela e na escola. Cortez. SP, 1984.

Freud, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: **Obras Completas Vol.XVIII** Imago. RJ, 1969, pp.87-179.

---------- Totem e tabu (1913). In: **Obras Completas Vol.XIII**. Imago. RJ, 1969, pp.13.194.

---------- O futuro de uma ilusão (1927). In: **Obras Completas Vol.XXI**. Imago. RJ, 1969. pp.15-71.

---------- O mal estar na civilização (1930). In: **Obras Completas Vol.XXI**. Imago. RJ, 1969. pp.73-279.

Freyre, G. Casa-Grande e Senzala, RJ, 1996 (l.Ed. 1933).

Frigotto, G. A produtividade da escola improdutiva. Cortez. SP, 1984.

Fromm, E. Conceito Marxista de Homem. Zahar. RJ, 1970.

Gatti, B.A. et al . A reprovação na 1a. série do grau: um estudo de caso. Cadernos de Pesquisa. (38). 1981, pp.3-13.

Gramsci, A. Concepção dialética da História. Civilização Brasileira. RJ, 1984.

Goffman, E. Estigma. Zahar. RJ, 1980.

Helene, O. Caminhos e alternativas para a valorização da escola pública. In: **Fórum de licenciatura USP**. SP, 1991 , pp.8-17.

Kaës, R. et al . A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Casa do Psicólogo. SP, 1991.

Kanitz, A. et al . Brasil, campeão das desigualdades: Revista ADUSP. SP, Mai/1996. pp.6-10.

Klein, M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Imago. RJ, 1991.

---------- Contribuições à psicanálise. Mestre Jou. SP, 1981.

---------- Amor, ódio e reparação. Imago. RJ, 1975.

---------- El psicoanálises de niños. Hormé. Buenos Aires, 1964.

Kramer. S; ANDRÉ. MEDA. Alfabetização: um estudo sobre professores das camadas populares. Revista Bras. Est. Pedagógicos. Brasília. 65 (151), Set/Dez, 1984, pp.523-537.

Kupfer, M.C.M. Pré-escola terapêutica lugar de vida: um dispositivo para tratamento de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento. Curso de Atualização: "Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar". IPUSP. SP, 1996, mimeo.

---------- Relação professor-aluno: uma leitura psicanalítica. Dissertação (mestrado) IPUSP. SP, 1983.

Lapassade, G. Grupos, organizações e instituições. Fco.Alves. RJ, 1977.

Lasch, C. A rebelião das elites e a traição da democracia . Ediouro. RJ, 1995.

Linebaugh, P. Crise e industrialização: a Grã-Bretanha no séc.XVIII. Brasiliense. SP, 1983.

Lopes, E.M.S.T. Origens da educação pública: a instrução na revolução burguesa do Sec.XVIII. Loyola. SP, 1981.

Luckesi, C. Avaliação da aprendizagem escolar: sedas percorridas. Tese (doutorado). PUC. SP, 1992.

Ludke, M. Avaliação na escola de 1º. Grau: uma análise sociológica. Papirus. Campinas, 1992.

Machado, A.M. Reinventando a avaliação psicológica. Tese (doutorado). IPUSP. SP, 1996.

Mello, G.N. Magistério do 1. Grau: da competência técnica ao compromisso político. Cortez. SP, 1979.

Mello, S.L. Classes populares, família e preconceito. Psicologia USP. Vol.3 n. ½ 1992, pp.123-130.

Morais, R. Violência e educação. Papirus. Campinas, 1995.

Moro. M.L. A construção da inteligência e a aprendizagem escolar de crianças de famílias de baixa renda: continuando um debate. Cadernos de Pesquisa (56). Fev/1986, pp.66-72.

Motta, B. O pobre é um vadio? Jornal “A Plebe”. Anno I. n.1, 1917, mimeo.

Oliveira, A.B. (Coord.) Psicodiagnóstico: instrumento de revelação? Curso de Atualização “Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar”. IPUSP. SP, l996, mimeo.

Paro, V.H. Por dentro da Escola Pública. Xamã. SP, 1995.

Patto, M.H.S. A família pobre e a escola pública: Anotações sobre um desencontro. Psicologia USP 3 (1/2). SP, 1992, pp. 107-121.

---------- A criança da escola pública: deficiente, diferente ou mal trabalhada? In: **Ciclo Básico** - Secr.Educ.Est. SP. SP, 1990, pp.53-61.

---------- A criança marginalizada para os piagetianos brasileiros: Deficiente ou não? . In: **Cadernos de Pesquisa** (51), Nov/1984, pp.03-11.

Pereira, L. A escola numa área metropolitana. Pioneira. SP, 1976.

---------- O magistério primário numa sociedade de classes. Pioneira. SP, 1969.

Pontalis, J.B. A psicanálise depois de Freud. Vozes. RJ, 1972.

Porto-Carrero, J. Educação Sexual. In: **ABHM** . Anno II n.3. 1929, pp.120-133, mimeo.

Postic, M. O imaginário na relação pedagógica. Zahar. RJ, 1992.

Rockwell, J.E. Pesquisa participante. Cortez. SP, 1986.

Ronzani, T.M.; Rodrigues, M.C. T. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. Psicol. Cienc. Prof. v.26 n.1 Brasília mar. 2006.

Sawaya, S.M. Pobreza e linguagem oral: as crianças do Jd. Piratininga . Dissertação (mestrado). IPUSP. SP, 1992.

Schneider, D. Alunos Excepcionais: Um Estudo de Caso de Desvio. **In: VELHO.G; et al. Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social.** Zahar Editores. RJ, 1977.

Schwarcz, L.M. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. Cia.das Letras. SP, 1993.

Souza, M.P.R. et al. Psicólogos na saúde e na educação: a busca de novos caminhos na compreensão da queixa escolar. Curso de Atualização "Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar" IPUSP. SP, l996, mimeo.

---------- A questão do rendimento escolar: mitos e preconceitos. Curso de Atualização "Contribuições da psicologia na compreensão da queixa escolar" IPUSP. SP, l996, mimeo.

Sposito, M.P. Jovens e educação: novas dimensões da exclusão. Em Aberto. INEP/MEC, Set/1993.

Teixeira, A.S. A crise educacional brasileira. Rev.Bras. de Estudos Pedagógicos Ano 10 n. 50, Abr/Jun 1953, mimeo.

Zaluar, A. (Org.). Violência e educação. Cortez. SP, 1992.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde venho por meio desta convidar V.Sa. que exerce o cargo de coordenador pedagógico e está lotado em uma Escola Pública de Ensino Fundamental, ciclo I ou II, e Ensino Médio da Secretaria de Estado da Educação, a participar da pesquisa de doutorado sob o título **"Saúde e Educação: reflexões sobre o processo de medicalização"**. Informo que sua contribuição se limita a uma entrevista que será gravada em áudio e que os benefícios da pesquisa serão a explicitação dos resultados levados a público ao final do trabalho, não havendo potenciais de risco ou incomodo na mesma. Portanto, solicito a sua anuência para que se proceda à coleta e posterior publicação dos dados levantados garantindo que sua identidade será preservada e que a sua participação nesta pesquisa é voluntária. Informo ainda que V.Sa. tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou a retirar o seu consentimento a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. Para dirimir duvidas ou proceder a denúncias quanto a questões éticas favor contatar a diretoria de ensino – região norte II na Rua Plinio Pasqui, 217 Tucuruvi.

São Paulo, ___/___/2011

Assinatura_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde venho por meio desta convidar V.Sa. que exerce o cargo de psicólogo (a) e está lotado (a) em Unidade Básica de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, a participar da pesquisa de doutorado sob o título **"Saúde e Educação: reflexões sobre o processo de medicalização"**. Informo que sua contribuição se limita a uma entrevista que será gravada em áudio e que os benefícios da pesquisa serão a explicitação dos resultados levados a público ao final do trabalho, não havendo potenciais de risco ou incomodo na mesma. Portanto, solicito a sua anuência para que se proceda à coleta e posterior publicação dos dados levantados garantindo que sua identidade será preservada e que a sua participação nesta pesquisa é voluntária. Informo ainda que V.Sa. tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou a retirar o seu consentimento a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. Para dirimir duvidas ou proceder a denúncias quanto a questões éticas favor contatar o CEP/SMS na Rua General Jardim, 36 – 1º andar - Centro - São Paulo/SP.

São Paulo, ___/___/2010

Assinatura_____