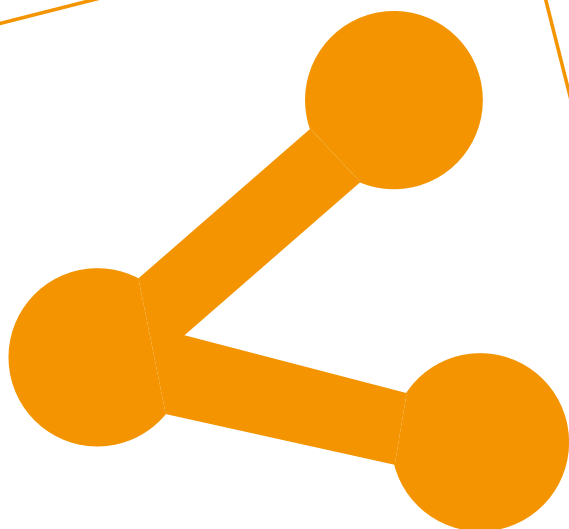


FÓRUM SOBRE
MEDICALIZAÇÃO
DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE



RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICAS
NÃO MEDICALIZANTES
PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS
DE EDUCAÇÃO E SAÚDE



GRUPO DE TRABALHO
EDUCAÇÃO & SAÚDE

2012

Conteúdo

CARO PROFISSIONAL, 4

QUEM SOMOS 7

OBJETIVOS GERAIS DAS RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICAS NÃO MEDICALIZANTES PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE 11

INTRODUÇÃO 14

DA CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO À RESISTÊNCIA NECESSÁRIA E PREMENTE 14

A MEDICALIZAÇÃO E O SISTEMA EDUCACIONAL: UMA RELAÇÃO A SER QUESTIONADA 20

SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, SEUS SERVIÇOS E AS DIFERENTES FORMAS DE ACESSO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 32

DIFICULDADES RELATIVAS À FORMA DE SER E APRENDER DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES ENCAMINHADOS PARA O SERVIÇO DE SAÚDE 36

RECOMENDAÇÕES 43

Recomendações para a escola como espaço potencial 43

Recomendações de práticas não medicalizantes de cuidados em saúde 49

Recomendações para estratégias de trabalho com leitura e escrita
66

Sobre as diversas ações dos fonoaudiólogos nos Serviços Públicos de Saúde 66

Recomendações para a interação de profissionais e articulação em rede de serviços, setores e com a comunidade visando práticas não medicalizantes 88

Recomendações para Políticas Públicas 93

DESPEDIDA 97

LEIA MAIS 99

Leia mais para educadores 99

Leia Mais para profissional do primeiro atendimento 110

Leia Mais para agentes comunitários 121

PROPOSTAS DE OFICINAS 234

Oficina de Discussão de Casos – Um encontro 234

Oficina de Discussão de Casos – Encontros contínuos 239

Sugestão de leitura e discussão coletiva em atividades de educação em saúde 241

QUESTIONÁRIO Grupo Interinstitucional Queixa Escolar 244

Referências 246

CARO PROFISSIONAL,

Não são raras as vezes em que nos deparamos com crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de aprendizagem. E também não são poucas as vezes que procuramos compreender tais dificuldades como problemas da ordem da saúde orgânica dessas crianças, concordam? Os encaminhamentos de crianças e jovens com questões escolares para serviços de saúde só tem crescido nos últimos tempos, e isso é de conhecimento de todos, além de ser prática corrente de muitos de nós, não é mesmo?

No entanto, o que muita gente desconhece é que essa prática de encaminhar escolares para serviços médicos a fim de solucionar seus problemas de aprendizagem tem um nome: **MEDICALIZAÇÃO** da educação.

A lógica medicalizante procura determinar organicamente problemas de diferentes ordens. Tomemos o processo de aprendizagem, por exemplo. Quando um estudante apresenta problemas desse tipo, logo surge a questão: será que a causa está num mau funcionamento orgânico? Procurar saber se o aprendiz enxerga bem, ouve bem, alimenta-se bem não é problema: deve mesmo ser feito. O problema é logo determinar que a causa de suas dificuldades escolares tem como ÚNICA via a questão orgânica, geralmente atribuída a uma função cerebral mal desempenhada. Daí para a prescrição de remédios e/ou de tratamentos que focam apenas as dificuldades é um pulo bem curto. Mas, por vezes, o estrago que esse pulinho faz na vida dessa pessoa é do tamanho de um abismo!

A redução à perspectiva de problema orgânico e individual engessa qualquer outra possibilidade de compreensão e intervenção na vida escolar dessa pessoa, que de aprendiz passa a ser entendida e acolhida como doente. Será que é isso mesmo?

Com certeza, NÃO! O processo de aprendizagem é multideterminado; isto é, depende de vários fatores que estão relacionados às condições sociais das pessoas. Se algo não vai bem na aprendizagem de um determinado aluno, muitos aspectos devem ser observados e relacionados. E o mais importante: o olhar do profissional, seja da área da educação quanto da área da saúde, não deve ser o de procurar o que falta (falta atenção, falta disciplina, falta comida, falta coordenação motora...), pois a lógica é a mesma da medicalização. O olhar deve se voltar para tudo que situa as condições do início e processo do problema; perguntas que nos levem a entender quando,

por quê, para quê, com quem, para quem, onde o problema se encontra nos mostram esse caminho. À medida que respostas a essas perguntas são delineadas, um sujeito singular nos aparece, e sua história de vida pode nos dar parâmetros para estratégias de acolhimento e resolução de seus problemas. E isso sem despotencializá-lo em seu papel de aprendiz!

Convidamos você, profissional da educação e da saúde que também defende e respeita a diversidade humana e a possibilidade de diferentes formas de aprender, a conhecer este material que apresenta recomendações para orientação e atuação nos serviços.

Nas próximas páginas, você vai encontrar informações sobre o grupo que vem construindo este material, quais os princípios que nos norteiam, quais aspectos recomendamos que sejam abordados em suas atuações e, ainda, algumas sugestões de trabalho dentro desta perspectiva.

Siga em frente, leia as recomendações, incorpore-as em sua prática cotidiana e compartilhe nas reuniões com sua equipe.

Esperamos que, a partir de sua leitura e reflexões, este material pertença a todos nós e faça parte de nossas práticas cotidianas.

Grupo de Trabalho (GT) Educação & Saúde
Fórum sobre a Medicalização da
Educação e da Sociedade

QUEM SOMOS

Fazemos parte do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Para saber mais sobre nossos posicionamentos e ações, acesse o site www.medicalizacao.org.br

Os modelos tradicionais de atuação profissional em Saúde e Educação têm sido alvo de críticas que não só revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas áreas, como abrem espaço para a construção de práticas alternativas às que historicamente se constituíram como hegemônicas. Eis o mote a partir do qual se constitui, no interior do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, o GT Educação & Saúde - coletivo de profissionais que se propõem a discutir formas de atuação na contramão da lógica medicalizante que caracteriza, em boa parte dos casos, os encontros entre ambas as áreas.

O grupo é formado por profissionais de Psicologia, de Antropologia, de Medicina, de Fonoaudiologia e de Pedagogia. Para além das especificidades de cada campo de atuação, o grupo se encontra alinhado em relação aos seguintes princípios:



- Defesa do Estatuto da Criança e do Adolescente, Sistema Único de Saúde e escolarização de boa qualidade para todas as crianças e todos os jovens;
- Posição contrária em relação aos processos de medicalização na Educação (crianças/jovens e supostos distúrbios de aprendizagem/comportamento);
- Compromisso ético e político com os processos de humanização da vida;
- Necessidade de pensar as questões escolares encaminhadas aos serviços de saúde a partir de uma rede de relações na qual se tece sua história de produção, manutenção e superação, deixando de vê-las como fenômenos a serem compreendidos numa perspectiva individual;
- Necessidade de considerar, na análise dos casos em atendimento, os sistemas de saúde e de educação, as políticas públicas em ambas as áreas e os funcionamentos institucionais que atravessam, de diversas formas, a constituição das questões escolares;
- Compromisso com a contínua construção coletiva de estratégias de enfrentamento, nos encontros entre saúde e educação, de modo a fazer frente às concepções e práticas que medicalizam os processos de atendimento de crianças e jovens.

GT Educação & Saúde – Integrantes:

Alexandra Mari Ito, Beatriz de Paula Souza, Clara Portal dos Santos, Claudia Perrotta, Jason Gomes, Juliana Garrido Pereira, Lucia Masini, Lucy Duró Matos Andrade Silva, Maria Luiza Carrilho Sardenberg, Mariana Arantes Nasser, Marilda Nogueira Costa de Almeida, Mary Yoko Okamoto, Ricardo Cesar Caraffa, Ricardo Taveiros Brasil, Rosemar Prota, Rui Harayama e Vera Regina Vitagliano Teixeira.

GT Educação & Saúde – Entidades:

Associação Palavra Criativa/IFONO, Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” – Butantã (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP), Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UNICAMP, Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da UNESP Campus Assis, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, Instituto SEDES Sapientiae, Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisa em Psicologia Escolar e Educacional da Universidade São Paulo, Rede Humaniza-SUS, Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Municipal e União de Mulheres do Município de São Paulo.

OBJETIVOS GERAIS DAS RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICAS NÃO MEDICALIZANTES PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

O GT Educação & Saúde considera que a perspectiva não medicalizante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade requer atuação ético-política, acadêmico-científica e técnica. Ético-política, ao tomar posição e se engajar na proposição de políticas públicas; acadêmico-científica, ao formular e apresentar estudos e argumentos teóricos sobre os aspectos envolvidos, e técnica, ao propor elementos conceituais e propostas operacionais para as práticas cotidianas de profissionais e serviços.

As recomendações que ora apresentamos dizem respeito, portanto, à atuação desse fórum e visam a apoiar profissionais e serviços alinhados à perspectiva não medicalizante e que buscam atuar de forma a fazer frente a práticas hegemônicas.

Por isso, este material tem como objetivos:

- Favorecer a compreensão das necessidades relativas à educação, saúde e vida de crianças, adolescentes, familiares e seus grupos sociais, a partir de uma perspectiva não medicalizante;
- Apoiar a abordagem não medicalizante dessas necessidades de indivíduos e coletivos no trabalho de profissionais e serviços de educação e saúde;
- Fornecer instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes.



Fique Atento!

Trata-se de um manual para diagnósticos e condutas?

Não. Apresentamos uma introdução ao tema da medicalização da educação e da sociedade e propostas de como podemos acolher os problemas vivenciados por crianças, adolescentes e familiares nos serviços de educação e saúde sem recair na lógica medicalizante, mas sim favorecendo caminhos de potência nas formas de ser e aprender. Não se trata de um documento fechado, mas de um conjunto organizado a partir de experiências interessantes e reflexões que desejamos compartilhar. Ressaltamos que o material está aberto a novas sugestões.

A proposta é apresentar critérios para o encaminhamento de indivíduos da escola para a saúde ou vice-versa? Diz respeito à inclusão de profissionais da saúde na escola ou de professores em serviços de saúde?

Não. As propostas apresentadas dizem respeito a potencializar a escola e os serviços de saúde e seus profissionais, auxiliando-os a acolher necessidades de seus alunos e usuários sem medicalizá-los. Ao discutir as interfaces entre educação e saúde, estamos propondo trabalho em rede, mas não a substituição de um serviço pelo outro ou alterações de seus papéis primordiais de educação e cuidado à saúde.

DA CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO À RESISTÊNCIA NECESSÁRIA E PREMENTE

Desde que o filósofo austríaco Ivan Illich passou a criticar as tendências de transformar as dores e questões da vida humana em temas de domínio médico (na passagem da década de 70 para a década de 80), discursos comprometidos com a ética e com a dignidade das pessoas têm trazido preocupação com relação aos processos de medicalização engendrados na cultura ocidental. O filósofo Michel Foucault, o escritor Peter Conrad e os psiquiatras Peter Breggin e Thomaz Szasz figuram entre alguns dos nomes importantes que deram continuidade à crítica do fenômeno da medicalização.

Entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente os desvios em relação às normas sociais a um suposto determinismo orgânico que se expressaria no adoecimento do indivíduo.

Assim, não se fala das precárias e sofríveis condições de trabalho, mas sim de burnout¹; não se fala de indivíduos questionadores, mas de portadores de “transtorno opositor desafiador”²

1 Suposto estado de esgotamento físico e mental ligado à vida profissional.

2 Suposto transtorno caracterizado por atitudes e comportamentos negativistas, opositivos, desafiadores e hostis contra figuras de autoridade, como pais, familiares e professores.

. A educação não fica de fora da lógica medicalizante, e as dificuldades do processo educativo (ampliadas no interior de um sistema educacional) são facilmente reduzidas a supostos transtornos que “acalmam” o mal-estar de famílias e profissionais de saúde e educação frente a uma série de dilemas sociais.

A racionalidade operante da medicalização nos processos de avaliação e de intervenção junto a crianças e jovens com dificuldades no processo de escolarização representa, para a psicóloga escolar Marilene Proença Rebello de Souza, retorno de explicações organicistas, centradas na ideia de distúrbio de aprendizagem para justificar o não aprender numa escola que é raramente questionada em sua estrutura.

Tome-se o exemplo da dislexia: tudo que se poderia problematizar sobre leitura e escrita como representação social da linguagem humana e enquanto construção simbólica (portanto, dependente de mediação) é reduzido a uma aceção de “doença neurológica” contra a qual pouco se pode fazer. O que nem todos sabem, e que a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés e a educadora Cecília Azevedo Lima Collares trazem para a discussão sobre dislexia, é que existe, na própria comunidade médica, uma enorme polêmica e, portanto, um dissenso muito sério em torno deste suposto distúrbio neurológico, várias vezes renomeado e frágil enquanto entidade nosológica nos termos da racionalidade médica e, portanto, no rigor exigido em Medicina.

A psicanalista e escritora Maria Rita Kehl, por sua vez, empreende uma análise sobre as condições sociais nas quais se produzem as crianças agitadas que serão diagnosticadas como “portadoras de transtornos de atenção/hiperativas”: ...

famílias que não param de dar atenção a seu recém-nascido nem por um minuto (...) a criança precocemente vivaz, que gasta todo seu repertório de gracinhas a cada novo adulto que se apresenta a ela, será a mesma de quem os pais se queixarão meses depois de que é hiperativa; esse é o diagnóstico psiquiátrico da criança que não sabe ficar sozinha, não para de chamar a atenção sobre si mesma a qualquer custo, chora e desespera caso não seja atendida de imediato e se mostra incapaz de se concentrar em atividades em casa ou na escola.

Por outro lado, o uso dos medicamentos para conter tanto os excessos de atividade em crianças pequenas quanto as suas crises supostamente depressivas cresce em proporções alarmantes. Crianças medicadas com “coquetéis de drogas” orientados por médicos e psiquiatras que não atentam para os efeitos colaterais de tais excessos.

É disso que se fala quando se fala em medicalização. É como se uma lógica de fabricação fosse, agora, invertida: para que se criem remédios para supostas doenças é preciso, antes, que se criem as doenças para remédios, a fim de aquecer o mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação das doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da suposta “eficácia” dos tratamentos balizados pela lógica medicalizante, passam longe do que se poderia esperar em termos éticos.

No Brasil, o movimento de crítica à medicalização se fortalece a partir da articulação de profissionais, pesquisadores e - sobretudo - cidadãos dispostos a fazer frente à hegemonia

das abordagens medicalizantes nos seus campos de ação.

Neste contexto, em novembro de 2010, participamos da criação do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, a partir do qual articulamos o Grupo de Trabalho de Educação & Saúde, constituído por profissionais/pesquisadores de Fonoaudiologia, Psicologia, Antropologia, Medicina e Pedagogia. Nosso GT tem desenvolvido mecanismos de interlocução com profissionais de saúde e educação por meio de eventos e redes virtuais, a fim de produzir materiais que possam ser úteis a ambos os contextos de atuação, no intuito de subverter a lógica medicalizante em seus atendimentos.

O trabalho empreendido pelo GT Educação & Saúde consiste, portanto, na formulação de um material de apoio e orientação aos profissionais que sentem necessidade de repensar criticamente seu fazer cotidiano, mas que ainda não dispõem de referentes teórico-práticos para isso.

Ressaltamos que a ideia aqui não é a formulação de questionários e/ou manuais rígidos e prescritivos, uma vez que cada atendimento/encaminhamento deve ser pensado em relação ao seu contexto (sendo esta a primeira e principal recomendação), mas sim a criação de um instrumento capaz de ocupar o espaço aberto a partir da crítica à medicalização na interface saúde-educação.

Após uma breve passagem pelo tema da medicalização, é válido apresentar a definição de política pública, de acordo com a socióloga Maria Helena Oliva Augusto: Entende-se por política pública o conjunto de objetivos que informam programas de ação governamental e condicionam a sua execução,

isto é, conjunto articulado das decisões de governo que vissem aos fins previamente estabelecidos a serem atingidos por meio de práticas encadeadas e globalmente programadas.

O tema das políticas públicas articula-se, por sua vez, ao dos sistemas de saúde e de educação. Levar em conta a realidade brasileira no atual momento implica a consideração dos estados de precarização nos quais se encontram os equipamentos públicos de atendimento à população, que não possui condições de “pagar” por aquilo que, a bem da verdade, seriam os seus direitos básicos. A discussão sobre direitos (no caso específico, o direito de crianças e de adolescentes à saúde e educação) remete ao Estatuto da Criança e do Adolescente, importante conquista da sociedade brasileira que tem sido negada com os processos de medicalização em curso.

Pretendemos então, com o presente trabalho, enriquecer as possibilidades de atuação de quem se dedica ao atendimento das questões escolares e se situa nos vários pontos de encontro entre a saúde e a educação.

Trata-se de esforço coletivo, resultado do trabalho do GT Educação & Saúde, incluindo as discussões de um mini-curso ofertado no II Seminário “A Educação Medicalizada” (São Paulo, 2011), da rede de interlocução virtual com os participantes deste mini-curso, e de dois eventos realizados também em São Paulo: um deles em junho de 2012, no Centro Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa, intitulado: “Seminário de Atenção Primária à Saúde: Medicalização da Educação da Saúde e da Sociedade: a quem interessa e como enfrentamos essa questão?”, e o outro em outubro de 2012, na Biblioteca Monteiro Lobato, intitulado: “Medicalização da Educação, da Saúde e da Sociedade: há espaço na escola para os diferentes modos de aprender?”.

A MEDICALIZAÇÃO E O SISTEMA EDUCACIONAL: UMA RELAÇÃO A SER QUESTIONADA

São muitas as entradas possíveis para uma discussão que se atreva a colocar em questão nosso sistema educacional. Os parágrafos a seguir tratam de um tema polêmico, porém, relevante: a participação do sistema educacional nos processos de medicalização da educação, tanto no que se refere à promoção desses processos quanto à sua negação.

O título de um texto recente, de 2009, da psicóloga escolar Maria Helena Souza Patto, “Sob o signo do desca-so”, já sugere que nossa política educacional deve ser analisada criticamente para que seja apreendida. A autora instiga o leitor a indagar-se sobre os reais interesses da escolarização de um povo. O fato de o acesso ao conhecimento constituir um direito do cidadão foi historicamente desconsiderado em função dos imperativos políticos e econômicos do século passado, cujos desdobramentos temos acompanhado em nossos dias. Ou seja, o fracasso da escola é resultado inevitável de um sistema educacional congenitamente gerador de obstáculos à realização de seus objetivos (Patto, 1990).

A autora aponta que uma ideologia privilegiada de explicação do fracasso escolar de um número considerável de usuários da escola é precisamente a patologização destes

- ideologia porque localiza no indivíduo a dificuldade que lhe é praticamente imposta por uma política educacional que insiste em não vê-lo como cidadão e, assim, justifica o existente.

As diretrizes que orientam a gestão do sistema - Nível Federal (Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação), Nível Estadual (Secretarias e Conselhos Estaduais) e Nível Municipal (Secretarias e Conselhos Municipais) - balizam o trabalho de conselhos e unidades escolares. Os projetos de lei que propõem diagnósticos e tratamentos para supostos distúrbios de aprendizagem ou de comportamento nas escolas influiriam na esfera macro desse sistema, promovendo processos de medicalização num âmbito mais abrangente. Por outro lado, há um acento medicalizante nos funcionamentos institucionais das escolas que também necessita ser considerado.

A psicóloga Beatriz de Paula Souza, no texto intitulado “Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento”, destaca uma série de mecanismos que favorecem concepções e práticas medicalizantes no interior das instituições escolares. Dentre os muitos aspectos elencados, o costume de encaminhar a especialistas alunos que não correspondem às expectativas/ideais de aprendizagem e comportamento pode e deve ser visto com muita cautela, pois muitos desses encaminhamentos tendem a individualizar a queixa e os conflitos gerados a partir dela, fortalecendo, assim, os processos de medicalização.

Embora marcado por um sem-número de obstáculos e dificuldades, o contexto escolar - como lugar de contradi-

ção - é propício à emergência de vozes de resistência. No dia 06 de outubro de 2012, nosso GT Educação & Saúde promoveu o Seminário “Medicalização da Educação, da Saúde e da Sociedade: há espaço na escola para os diferentes modos de aprender?” - evento que contou com a participação de educadores de escolas públicas e particulares e foi realizado na Biblioteca Monteiro Lobato, em São Paulo. O evento permitiu constatar que existe, na escola, um sentimento de insatisfação em relação à forma tradicional de lidar com as dificuldades no processo de ensino e aprendizagem – o que abre uma oportunidade muito interessante para a possibilidade de novos olhares que levem a práticas que subvertam, de dentro da própria escola, a lógica medicalizante. De fato, a escola tem sido invadida pelos discursos de especialistas que impõem seus saberes aos profissionais da educação, e é preciso que se diga que isso não caracteriza interlocução. É preciso que o educador desautorize essas invasões. Diante disso, cabe lembrar que a crítica ao sistema educacional não pode abstrair seu objeto (o sistema) e deixar de pensar o instituído como trabalho concreto de homens concretos, isto é, a passagem do que se institui para o chão da escola é uma passagem sempre encarnada. Sendo assim, a crítica do sistema não isenta o sujeito de responsabilidade.

**Expectativas dos profissionais da educação
participantes do evento Medicalização da
educação, da saúde e da sociedade: Há espaço
na escola para os diferentes modos de aprender?
(Biblioteca Monteiro Lobato, Outubro de 2012)**

Como ensinar no caos?

Grades nas portas e nas janelas. Banheiros fechados com cadeado, abertos somente com hora marcada; quadras, bebedouros, equipamentos com defeitos. Falta de infraestrutura necessária para o processo de ensino e aprendizagem. O desprezo pelo ambiente escolar é tão grande que a munição usada na guerra ali forjada é a comida servida na merenda. Disputa entre meninas, agressividade e violência rolando solto entre todos. Meninos difíceis, professores assustados diante da própria impotência. Qual é a real responsabilidade do professor nisso tudo?

A escola não pode ser o espaço de uma prisão disfarçada. Para os estudantes, é importante que a escola seja: espaço de potência e aprendizado; espaço de cuidado e de reconhecimento de seu potencial; espaço de socialização e de compensação das falhas de outros contextos em que vive. É importante que a escola seja bonita, tenha materiais e equipamentos diversos para uma aprendizagem efetiva.



E o professor?



Em primeiro lugar, merece reconhecimento e valorização social de sua profissão. Depois, capacitação permanente. Ao professor, assim como a todos os profissionais envolvidos no processo de educação de crianças e jovens, deve ser ofertado aprofundamento conceitual e possibilidades de apropriação de novas tecnologias para um ensino motivador, significativo e que possa aproximar com afeto o estudante do conhecimento.

As parcerias são fundamentais com diferentes instâncias de gestão: supervisores, diretores, responsáveis pelas políticas públicas da área da educação. O diálogo deve ser franco e democrático. Por que não se faz uma consulta pública aos professores sobre o número ideal de alunos na sala de aula? E também sobre a utilização das horas a mais das crianças nas escolas. Não basta a quantidade, mas sim a qualidade. Que tal usar essas horas para visitas a museus, bibliotecas ao invés de elas serem dedicadas apenas a alimentação e higiene?

O espaço escolar é de todos e para todos. Assim, a responsabilidade pelo aluno não deve ser só do professor. Para isso, novamente, é preciso que haja diálogo e o estabelecimento de uma rede de atenção e cuidados. Precisamos estabelecer novas parcerias e ampliar a escuta! Que seja bem vinda a parceria com profissionais da saúde, mas com respeito às especificidades de cada trabalho. Que também seja fértil a parceria com a família. É importante que o conhecimento perpasse os muros da escola. A instituição escolar deve ser um espaço de comunhão com a comunidade, um espaço onde se promova a cultura da paz. Sejam todos protagonistas desta história!

Expectativas e propostas dos profissionais de educação: Seminário Medicalização da educação, da saúde e da sociedade: Há espaço na escola para os diferentes modos de aprender?, realizado na Biblioteca Monteiro Lobato, São Paulo, 06/10/2012

- Cuidado com a infraestrutura do espaço escolar, incluindo repensar tamanho das classes em relação ao número de aluno e disponibilidade/variedade de materiais para as atividades;
- Incentivo à participação dos alunos, que precisam ser vistos pela comunidade escolar como capazes e ouvidos em suas necessidades e questões, para que possam ser também protagonistas de transformações;
- Apropriação das Políticas Públicas por parte dos professores, através de uma participação mais efetiva em conselhos de escola e de saúde, de modo que possam ser ouvidos em suas necessidades, anseios e expectativas, tornando-se coautores das iniciativas e não apenas a elas se submetendo;
- Busca de parcerias, com alunos, familiares, mas também com ONGs, agentes de saúde e outros equipamentos do território;





- Fortalecimento da interlocução com serviços de saúde, para se viabilizar um trabalho em rede, cooperativo e não para solicitar fórmulas de resolução de problemas com os alunos, de aprendizagem ou comportamentais, ou diagnósticos fechados;
- Cuidado com a medicalização da educação, com a sofisticação de diagnósticos feitos por especialistas, pois a cada dia surge um novo transtorno, um novo distúrbio, levando ao rótulo, ao estigma, que nada contribui para a criação do vínculo professor-aluno, necessário no aprendizado. É preciso olhar a criança/adolescente para além do suposto transtorno. Não há aluno que não tenha condições/potencialidade de aprender, que é o objetivo maior da escola. Um comportamento diferente pode ocorrer por vários motivos, e não necessariamente pelo suposto transtorno diagnosticado. É preciso pensar sobre como a criança aprende, contemplando a diversidade, olhar para o contexto, ouvir cada um que faz parte do processo de aprendizagem. O rótulo apenas exime de responsabilidade, e é uma justificativa para a medicalização;
- Crítica ao sistema educacional métodos de ensino/aprendizagem, ao modo como os vários conhecimentos vêm sendo apresentados aos alunos, em vez de responsabilizá-los pelas dificuldades, fracassos e evasão escolar.

“[Leia mais para educadores](#)” na página 99
página 132



Fique Atento!

O aprendizado é mais difícil para os filhos de famílias ditas desestruturadas ou disfuncionais, como aquelas em que não habitam os pais e mães biológicos, ou há convivência com meio-irmãos, nas famílias monoparentais ou nas de casais homossexuais? Esse tipo de convívio pode gerar comportamentos inadequados?

NÃO. O processo de aprendizagem e a formação da personalidade não dependem apenas dos relacionamentos familiares. Estes fenômenos precisam ser analisados considerando-se um contexto mais amplo que ultrapassa o sintoma apresentado. Quando falamos em dificuldades de aprendizagem principalmente, não há como desconsiderar o contexto escolar, as estratégias e qualidade das relações estabelecidas no processo ensino-aprendizagem, dentre outras situações. Também é errado afirmar que crianças e adolescentes que convivem com filhos de seus padrastos e madrastas, ou que tenham ambos os pais do mesmo sexo tenham maiores problemas e dificuldades de aprendizado e comportamento. Acreditar que existam famílias mais estruturadas que outras é um equívoco. Por exemplo, os papéis de pai ou de mãe podem ser assumidos fora das relações consanguíneas e não estão restritos ao gênero, isto é, uma mulher pode assumir o papel de pai, ou vice-versa, sem prejuízo da constituição psíquica da criança.

Arranjos Familiares

Muitas são as vezes que o tema família aparece como uma resposta para explicarmos o motivo de comportamentos sociais desviantes. Família unida, família problemática, família ausente, família difícil, quanto mais adjetivos colocarmos ao lado de família é certo que estamos nos esquecendo de refletir e repensar sobre esse termo tão comum: família.

Vamos pensar uma cena. Em uma manhã a mãe põe a mesa, o pai assiste o telejornal, as crianças acordam após alguns chamados e o cachorro aparece ao lado da mesa para pedir comida. Dentro desse cenário só poderíamos pensar em um tipo de família: a das propagandas de margarina. Ou seja, um tipo ideal, um modelo de possibilidade para refletirmos. Essa família 'perfeita' pode ser parecida com a sua, ou mesmo muito diferente, mas nunca será igual já que ela pertence ao imaginário da família feliz idealizada, distante da expressão da realidade cotidiana.

Essa é a grande questão. Até que ponto não estamos usando o modelo de família idealizada quando olhamos para crianças e adolescentes que atendemos e educamos em nossos serviços?

Crescemos acostumados a pensar nesse modelo de família e qualquer outra forma nos parece estranha, errada, frágil, sem sustentação, sem estrutura. Uma casa sem pilares, uma cadeira sem pé, nessa família algo falta. E essa ausência é aquela que impossibilita a 'normalidade'. Na família desestruturada falta o pai, a mãe, o dinheiro. Normalmente, falta aquele que deveria comparecer em nossos serviços quando solicitamos, com toda a disposição e possibilidade em perder o dia de trabalho para acompanhar seu filho. Quando não nos atendem, os julgamos desinteressados, mesmo se nossa solicitação é respondida por um agregado, como avós, tios, vizinhos, padrinhos.

Mas pensar em uma estrutura familiar é algo um pouco mais complexo, será que sempre precisamos pensar em termos de estrutura?

A família nuclear, ou seja, aquela que mora e convive todos os dias, não é algo simples de ser definida. E aqui não estamos pensando naquela família que se reúne em datas e eventos comemorativos e que compartilha o mesmo sangue ou sobrenome. Mas estamos nos referindo àquelas pessoas que se veem todos os dias dentro da mesma casa.

Esse é um ponto de análise importante, que nos leva a pensar no termo família como indicador de relações que ultrapassam as ligações pelos laços sanguíneos e que são permeadas pelos de afinidade. É claro que se considerarmos a etimologia do termo e fizermos uma análise histórico-cultural de sua construção social, concluiremos que o modelo de família atual é a reprodução do ideal burguês da era moderna. Caso não possamos flexibilizar o conceito de família, considerando o contexto atual e as configurações familiares pautadas nos laços de afetividades, estaríamos preparados para analisar, atender e cuidar das demandas que chegam aos serviços educacionais e de saúde?

E se começarmos a pensar a família como um feixe de relações na qual as pessoas estão inseridas? Onde não precisamos pensar em termos de estruturas, mas em relações e arranjos? Deixaríamos de encará-las como famílias disfuncionais, passando a vê-las em sua construção particular, com suas estratégias de funcionamento produtoras de relações estáveis e saudáveis.

Aqui podemos começar a pensar em outras possibilidades para nossa cena inicial. Aqui, entra um filho sem pai; os namoros pelo Skype de um casal que não reside no mesmo local; a babá que mora há vinte anos em casa; o casal homossexual que acabou de adotar três crianças; o avô que cria seu neto adolescente e mais duas enteadas e um afilhado... Podemos pensar em vários exemplos que não se encaixam na “configuração padrão” casal heterossexual com seu filho e filha biológicos. O que é mais interessante notar é que vários arranjos familiares são de relações ampliadas, ao invés de estruturas baseadas na consanguinidade. Estas são as famílias funcionais reais.

Refletindo sobre esse tema, podemos pensar em nossas histórias de vida pessoais e de pessoas próximas que, por diversas vezes, vivenciamos dentro de estruturas familiares não tradicionais onde faltavam elementos de normalidade, mas que nos permitiram experimentar arranjos diversos, construindo alternativas e formas outras de viver sob um mesmo teto.

SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, SEUS SERVIÇOS E AS DIFERENTES FORMAS DE ACESSO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Sistema Único de Saúde¹ – SUS – prevê que os cuidados integrais à saúde são de responsabilidade dos sistemas locais de saúde, o que, no caso das crianças e adolescentes, significa a proposta de que tenham acesso a esses serviços e neles sejam contemplados para a promoção e atenção à sua saúde.

O SUS é composto por serviços, sendo que a Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de complexidade, responsável por atender à maior parte das necessidades, além de atuar como porta de entrada dos usuários no sistema e na coordenação de seu cuidado nos casos que requerem referenciamento aos demais níveis (Política Nacional de Atenção Básica, 2006). O médico sanitарista Paim discute a atenção primária à saúde a partir de três principais concepções, sendo que a política nacional e as normativas dos estados e municípios têm maior relação com a segunda perspectiva: “atenção primitiva à saúde”, conforme Testa, 1992; primeiro nível, atendimento de primeira linha, “atenção primeira e básica”, com integração complexa de saberes e práticas (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996); componente estratégico da proposta de saúde para todos em 2000 (Organização Panamericana de Saúde, 1990) (Paim, 2006, p. 50-51).

Ainda analisando o SUS segundo a organização do sistema em diferentes níveis de complexidade, tem-se o Nível Se-

¹ Para saber mais sobre o SUS, sugere-se consulta ao site: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

cundário, que reúne ambulatorios especializados, exames complementares e hospitais dirigidos a patologias de complexidade moderada. O Nível Terciário é representado pelos hospitais dirigidos a doenças mais complexas e serviços muito especializados. Além dessas, existem outras categorizações possíveis, a depender do enfoque, por exemplo, em regionais de saúde, locais de atendimento, sistema público e privado, como descrevem os autores Cohn e Elias, socióloga e médica sanitária, respectivamente (Cohn e Elias, 1999).

Ainda segundo esses autores, além de reunir equipamentos públicos de saúde, o SUS também é responsável pela regulamentação dos serviços privados, que atuam em caráter suplementar, o que está expresso na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 1990), que instituem o SUS.

Uma vez que a Atenção Primária à Saúde constitui relevante porta de acesso ao sistema, é importante destacar que cada Unidade Básica de Saúde responde pela atenção de uma determinada população habitante de um território. Além disso, o tipo de atendimento e os recursos humanos variam de acordo com modelos de organização da atenção, existindo atualmente três tipos principais: o tradicional, composto por atenção à saúde da criança, do adulto, da mulher, saúde mental e algumas especialidades; a Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por equipes mínimas de saúde (médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista, técnico em odontologia); e as diferentes formas de arranjos mistos entre ambos. Em algumas situações, o acesso ao sistema se dá por serviços de pronto-atendimento, mas, geralmente, ocorre um enca-

minhamento dos usuários destes para as unidades básicas.

No intuito de aumentar a potencialidade dos profissionais generalistas, vêm sendo desenvolvidas atualmente experiências de matriciamento² e supervisão, destacadamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³. Outra possível ponta da rede de atenção no que tange às demandas para a saúde advindas da educação podem ser os serviços especializados, com destaque para ambulatórios de saúde mental, como os Centros de Apoio Psicossocial infantis. No caso de adolescentes, existe também a “Casa do Adolescente”, que se caracteriza como uma unidade de atenção primária com foco específico nessa faixa etária e, por isso, quase especializada. Além disso, vale lembrar que a saúde não é, nem deve ser, a única responsável por lidar com a saúde e com a vida de seus usuários, ainda mais quando as questões que suscitam a procura de cuidados passam por necessidades relativas à educação, aos direitos e à vida em sociedade, sendo relevante a busca de parcerias e trabalhos em rede com outros setores, tanto para o compartilhamento de conhecimentos e instrumentos de ação como de responsabilidades.

O sistema suplementar de atenção à saúde, caracterizado por prestação particular de serviços, também recebe grande fluxo de crianças e adolescentes, em geral em arranjos ambulatoriais, que por este motivo podem se aproximar de algumas questões que trazemos adiante relativas ao acesso pela atenção primária à saúde. Essa semelhança pode acontecer principalmente quando as famílias buscam serviços generalistas de atenção à saúde da criança e do adolescente. Entretanto, com frequência, as famílias buscam especialistas,

2 Trata-se de instrumento de apoio para a organização e a realização técnica dos trabalhos, com base numa estrutura de tipo matricial, cruzando projetos e funções, e sob uma gestão participativa, na qual estão envolvidos os diversos profissionais.

3 Para saber mais, veja site <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.

ou seja, já chegariam a uma atenção secundária, casos em que a integralidade da abordagem pode ser uma questão desafiadora. Características como a autonomia de profissionais de saúde podem ganhar maiores relevos quando em atuação liberal, conforme estudado pela médica sanitária Schraiber e colaboradores (Schraiber et al, 1999, leia mais “[Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas](#)”) e/ou as pressões por produtividade de atendimento dos planos de saúde, somadas à tendência à especialização e a alguns posicionamentos das corporações profissionais podem acarretar em riscos de abordagens mais medicalizantes.

Considerando que este material aborda principalmente a atenção à saúde de crianças e adolescentes, a entrada do usuário no serviço de saúde é feita basicamente na Atenção Primária à Saúde e, destacadamente, de três formas distintas: (A) pelo próprio usuário ou seu responsável na recepção da unidade de saúde; (B) por intermédio de visitas à comunidade e discussões de caso por agente comunitário pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou qualquer outro profissional de saúde da equipe desta unidade; (C) por solicitação específica de instituições de outros setores (educação, justiça, etc.).

Vale dizer que nos casos A e B também existe, frequentemente, uma sugestão ou um encaminhamento de alguma instituição para que a criança, o adolescente ou seus pais acessem o serviço de saúde.

DIFICULDADES RELATIVAS À FORMA DE SER E APRENDER DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES ENCAMINHADOS PARA O SERVIÇO DE SAÚDE

Nos dias atuais, tem sido frequente a emergência ou o encaminhamento de queixas relativas às dificuldades vivenciadas durante o processo de escolarização ou às diferentes formas de ser e aprender de crianças e adolescentes. Em geral, a questão aparece como um problema individual, que causa sofrimento ao estudante e também à sua família. Raras vezes são discutidos fatores como o contexto de instauração dessas dificuldades ou a história de aprendizagem do estudante; em lugar disso, crianças, adolescentes, pais e escolas depositam nos serviços de saúde a responsabilidade pela resolução da situação.

Ainda que os serviços e os profissionais de saúde não sejam os únicos responsáveis pelo processo de medicalização, é importante refletir que, com frequência, embasam suas ações unicamente em conhecimentos biomédicos e em procedimentos que visam ao êxito técnico, uma vez que constituem núcleos centrais da formação curricular, legitimados por necessidades de saúde e finalidades do trabalho socialmente aceitas.

Ou seja, a medicalização requer duas posições complementares, sendo uma ocupada pelo adoecido e outra por aquele que propõe a cura. Entretanto, as práticas podem instaurar necessidades e diferentes possibilidades de condução de projetos.

Trazemos então para a discussão reflexões sobre a orga-

nização do trabalho em saúde, segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves, médicos sanitários vinculados ao Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa e ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP: quando lidamos com a organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura(SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVEZ, 2000, p.29).

A demanda do usuário é, frequentemente, o que o motiva a buscar a unidade de saúde. Em algumas situações, a queixa trazida terá correspondência em algum dos programas que o serviço oferece; em outras, não, sendo então abordada pelas estratégias de atenção à demanda espontânea. Assim, as questões trazidas pelo usuário no momento de sua recepção, bem como no início dos diferentes atendimentos, poderiam ser abordadas como faces de suas necessidades de saúde, talvez uma pequena parte, identificada por ele e manifestada na sua busca pela unidade.

Por sua vez, a atenção primária à saúde se propõe a lidar com as necessidades dos usuários; mas, como apontam Schraiber e Mendes-Gonçalves, a definição de necessidades é muito complexa, pois pode se referir a um “carecimento” ou “uma falta” trazida pelo usuário, mas também como as próprias intervenções em saúde, que seria o “aspecto instaurador de necessidades da própria produção de serviços ou bens”. Além disso, os serviços pensam nelas como “necessidades sociais”, o que é uma concepção complexa, não pela origem social das necessidades, mas pela “pretensão de bem comum”: assume-se que elas são de todos e, por isso, seriam necessidades sociais, que precisariam ser atendidas. Entretanto, alguns indivíduos podem já não precisar disso e outros podem ter outros anseios, por causa da “má distri-

buição de alguns benefícios já alcançados por alguns”, dos “contextos instauradores de necessidades” e também porque, dessa forma, nem todos os indivíduos são de fato ouvidos, uma vez que ocorre uma “naturalização” e “reificação” das necessidades, tolhendo as pessoas em sua subjetividade (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 29-31).

Compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite entender suas ações enquanto intervenção técnica e política na realidade de saúde e, portanto, intencionalmente realizadas, com vistas a produzir transformações. Assim, essas ações correspondem a processos de trabalho, cujo produto é a assistência. Nessa operação, as necessidades em saúde, tomadas como necessidades sociais, de indivíduos e grupos, são o objeto sobre o qual recai o trabalho, conduzido por agentes com intenção, instrumentos específicos e saberes competentes, com vistas a atingir a finalidade de realizar as necessidades humanas. Ou seja, segundo Nemes, médica sanitária, as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção sociopolítica do modo social de viver; a produção através do trabalho é, portanto, uma expressão técnica da direção dessa construção (NEMES, 2000, p.49). É importante ressaltar que o agente do trabalho opera um saber; isto é, traduz um conhecimento em tecnologia, e, ao fazer isso, pode reiterar ou criticar a direcionalidade do trabalho (NEMES, 2000).

Por isso, se entendidas enquanto objetivos dos serviços, as finalidades dirigem as ofertas, sendo, assim, instauradoras de necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Enfocando novamente a questão da medicalização, profissionais de saúde e serviços de saúde podem atuar para reforçar ou modificar essa situação, pois, de acordo com seu posicionamento, oferecerão atividades num ou noutro sentido, e essa

oferta moldará também o tipo de necessidade que emergirá neste contexto. Ou seja, caso assumam uma postura a favor de práticas não medicalizantes, o que buscamos com a publicação deste material, este posicionamento certamente favorecerá a condução de formas de operar o trabalho que levarão à emergência do tema entre as necessidades dos usuários, bem como a adoção de práticas de cuidado que se disponham a discuti-las. É interessante também observar que existe relação na forma de veiculação de informações para a comunidade científica e leiga e na instituição de práticas medicalizadoras. O Filósofo Ortega e colaboradores discutem essa questão, abordando como eixos a produção, o discurso e as práticas em relação ao metilfenidato (Ritalina) no Brasil (Ortega, et al 2010, [“a ritalina no brasil”](#)). Do mesmo modo, acreditamos que publicações como essas rescomendações podem contribuir para a adoção de caminhos não medicalizantes.



Expectativas e propostas dos profissionais de saúde de um serviço de Atenção Primária à Saúde em reuniões temáticas sobre a medicalização da educação e da sociedade (Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, abril e junho de 2011):

- Seminários para aprofundamento do debate;
- Troca de experiências com outros grupos;
- Instrumentos práticos para a ação;
- Importância de o tema ser trabalhado por diferentes profissionais e em diferentes atividades do serviço.;
- Fortalecimento de articulações e redes interinstitucionais.



Assista Mais!

Fala de Ricardo Caraffa no evento “Medicalização da educação, da saúde e da sociedade: Há espaço na escola para os diferentes modos de aprender?”.

<http://www.youtube.com/watch?v=h2YGK2Ny-4E>

Recomendações para a escola como espaço potencial

Qualquer criança ou adolescente com dificuldades de aprendizagem ou de comportamento na escola provoca um sentimento de fracasso em todas as partes envolvidas: professores, coordenadores, pais e no próprio aluno.

Devemos entender, porém, que uma pessoa em processo de construção do conhecimento e em desenvolvimento enfrenta o tempo todo impasses e dificuldades. Este enfrentamento é, justamente, o motor que faz com que a aprendizagem aconteça. Acertos e, principalmente, erros fazem parte do processo, e a forma que cada um encontra para refletir sobre eles pode ser diferente. Mas nem sempre existe reflexão sobre os erros; são erros e pronto.

Tal visão contribui para dirigirmos nossos olhares para esta direção: o que está errado? Lógico que essa reflexão também é importante, mas se não conseguirmos olhar quais os acertos, o que já houve de avanços, ficamos apenas nas faltas.

Sabemos que, para alguns, as dificuldades parecem tão grandes que eles próprios acabam por se transformar na dificuldade. Quando isto acontece, o trabalho precisa se centrar no movimento de encontrar possibilidades. Isso porque ao lado de toda dificuldade existe uma facilidade.

O enigma do porquê a criança não aprende ou age de determinada maneira sempre leva à lógica das faltas individuais e explica-

ções, como falta de concentração, de vontade, de autoestima. Depois também aparecem as faltas de professores, do sistema de ensino, da família, uma lista sem fim. Se concentrarmos a nossa atenção nesses aspectos, ficamos imobilizados. Não seria interessante mudar a lógica da culpa para a busca de possibilidades de compreensão dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem e ampliar as intervenções e ações na escola?

Todos têm a capacidade de aprender. É só prestar atenção nas pessoas com alguma deficiência, ou que sofreram acidentes e perderam algumas capacidades cognitivas para ver o quanto aprendem e se desenvolvem.

Para os chineses, crise significa oportunidade; levando esse pensamento para escola, dificuldade significa desafio. Uma criança ou adolescente que não aprende deve ser encarado como um desafio a ser esmiuçado e entendido, levando-se em conta toda a complexidade envolvida na situação analisada. Porém, ele não pode ser o centro do problema, porque muitos aspectos contribuíram para a instalação da dificuldade. E a escola tem o papel fundamental de refletir sobre como ajudar essa criança, o que não deve ser feito de forma individual e sim de forma coletiva, envolvendo a equipe gestora, os professores, as parcerias possíveis, os alunos. Não devemos esquecer que é impossível a criança apresentar dificuldade em tudo, apesar de muitas vezes esse ser o sentimento que prevalece.

E pensando nessa complexidade que nos posiciona frente a inúmeras possibilidades, cabe a busca de estratégias que considerem diferentes meios de enfrentar as dificuldades na escola. Não são receitas, já que elas simplesmente não existem, pois os ingredientes, quando misturados em proporções diferentes, dão resultados diferentes. Temos a ilusão de que, se descobrimos qual a dificuldade, teremos ou alguém terá a solução. Mas os teóricos e a prática nos mostram a todo o momento que precisamos estar atentos, buscando contextos,

pois as soluções só aparecem se podemos problematizá-las. A escola é um espaço potencial de aprendizagem, e isto se aplica a todos que nela convivem. Todos aprendem o tempo todo e isso envolve situações-problemas. Encontramos comumente professores com dificuldades diante de sua classe, e alunos com sentimentos de impotência e de solidão. Trata-se de um ponto que merece reflexão. Ninguém está sozinho na escola; o ideal é a construção de estratégias em equipe, mas se isso ainda não acontece, a articulação pode ser iniciada com o colega da classe ao lado, com um pequeno grupo, com alguma pessoa disponível a encontrar caminhos para o enfrentamento e a transformação.

Seguem então algumas sugestões que podem contribuir para que o espaço escolar se torne potencializador:

Implicar a escola como um todo na construção de projetos pedagógicos. O professor deve ter lugar e tempo para refletir sua prática com outros. Diferentes experiências podem ser compartilhadas e levam a novas ideias. Para isso, é necessária a criação de espaços de planejamento e de ações, importantes para que possa haver trocas de saberes, de levantamento de hipóteses, de revisão de crenças e, principalmente, de sustentação das ações propostas.

A escola deve discutir e refletir sobre iniciativas e estratégias que deram certo; trazê-las à tona pode despertar um novo ânimo em todos os envolvidos.

O planejamento de estratégias em grupo é muito produtivo. Planejar oficinas entre os professores com atividades que possam ser aplicadas aos alunos é uma alternativa para contemplar os diferentes modos de aprender.

Cada professor pode contribuir com seu talento ou conhecimento. A matemática, por exemplo, pode ser ensinada através de jogos, e o professor que utiliza este recurso pode compartilhar com a equipe, que depois pode ensinar a seus alunos, ampliando assim a possibilidade do aprendizado. Há aquele que prefere usar a música ou outras artes. Existem de fato inúmeros recursos que servem de estratégias para ensinar de forma diferente e convidativa.

Aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser são os quatro pilares da educação que devem ser contemplados no espaço escolar. Quem os definiu foi Jacques Delors (1999), político europeu, em seu relatório sobre a Educação para o Século XXI.

Aprender a conhecer não está relacionado, apenas, à aquisição de repertórios de saberes codificados, mas diz respeito a desenvolver instrumentos que ajudem a compreender o mundo em que vivemos, para desenvolver capacidades de comunicação, com disposição para descobrir o passado, o presente e vislumbrar o futuro. Se tivermos em mente que uma pessoa pode entender como aprender, ela desenvolverá recursos próprios para ser criativa e curiosa. Lógico que são necessárias a mediação e a transmissão dos conhecimentos, mas é possível descobrir novas (ou velhas) linguagens para ensinar e aprender.

Levantar o que alunos querem aprender pode ser um caminho para a descoberta da curiosidade, assim como ensinar o que temos interesse também pode ser motivador. Dificilmente, para não falar impossível, conseguimos aprender o que não entendemos, o que não faz sentido, e o mesmo acontece com o ensinar. Quantas técnicas aparecem como inovadoras, mas não encontram ressonância em nossas crenças? Utilizá-las pura e simplesmente, sem contexto, não leva ao êxito. Portanto, ao ensinar, escolha aquilo em que acredita, ofereça experiências de aprendizagem. Oferecer experiências de aprendizagem significa levar a pen-

sar, compreender e agir através de diferentes dispositivos, como: internet, imagens, livros, atividades corporais, filmes, textos, brincadeiras, jogos, visitas a museus, feiras, atividades artísticas, conversas, troca de papéis, oficinas, técnicas expressivas etc.. Tais dispositivos podem mudar a trajetória da aprendizagem, porque implicam, além da instrução formativa, a reinvenção e a construção personalizada do conhecimento.

Voltando aos quatro pilares de Delors, essas experiências incentivam o aprender a fazer, ampliam capacidades, e não apenas no plano racional e superficial, o que logo é esquecido, mas transformam os conteúdos em aprendizagens significativas.

Aprender a viver junto, o terceiro pilar, é sem dúvida um dos maiores desafios da educação. Promover trabalhos em grupos com objetivos e projetos em comum significa promover espaços para trocar hipóteses, resolver conflitos, respeitar a opinião do outro, vislumbrar diferentes pontos de vista, aprender com o igual ou com o diferente, desenvolver a empatia. Além de transmitir conhecimentos, a educação deve permitir o confronto através do diálogo e da troca de argumentos. Deve incentivar o aprender a viver juntos, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências, assim preparando os alunos para refletir sobre conflitos baseados no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

Em síntese: pensar a escola como um lugar que respeita as diferenças, que busca estratégias de ensino e aprendizagem através do coletivo, de parcerias na saúde, no lazer, nas comunidades, na política é uma forma de ir além da falta e olhar para as possibilidades que, sem dúvida, nos remete a mares revoltos, mas também à condição de planejar rotas, escolher portos seguros, enfrentar as incertezas, encontrar diferentes saberes e pessoas, seguir em frente em busca de novos ou melhores caminhos. Com isso, todos certamente poderão aproveitar a viagem e aprender a ser, que é o quarto pilar da educação.

Assista Mais!

Fala de Adriana Marcondes Machado no Seminário Medicalização da Educação, da Saúde e da Sociedade: a quem interessa e como enfrentamos essa questão?

<http://www.youtube.com/watch?v=LWsNBnOZx1Y&feature=plcp>

Recomendações de práticas não medicalizantes de cuidados em saúde

Como vimos, a entrada de crianças e adolescentes no serviço de atenção à saúde acontece principalmente de três formas: (A) pelo próprio usuário ou seu responsável na recepção da unidade de saúde; (B) por intermédio de visitas à comunidade e discussões de caso por agente comunitário pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou qualquer outro agente de saúde da equipe desta unidade; (C) por solicitação específica de instituições de outros setores (educação, justiça, etc).

Iniciamos então apresentando as recomendações para práticas não medicalizantes de atenção à saúde segundo as diferentes formas de acesso no SUS.

(A) Quando o usuário se dirige à unidade em busca do serviço de saúde. Neste caso, seu primeiro contato é com a equipe de recepção que abre seu prontuário, com seus dados pessoais e queixa. O usuário é então encaminhado, juntamente com seu prontuário, para um dos profissionais da unidade para o primeiro atendimento ou para a equipe responsável pelo acolhimento.

Queixa referente a dificuldades de aprendizagem – recomendações ao profissional do primeiro atendimento

Complementando as perguntas próprias da especificidade do profissional que fará o primeiro atendimento, sugerimos algumas questões para a compreensão dos problemas de aprendizagem. Destacamos a importância de buscar estabelecer momentos de conversa específicos com os usuários crianças e adolescentes, valorizando e potencializando suas percepções e reconhecendo sua capacidade de participar do cuidado de si mesmo. Não obstante, ouvir aos pais e familiares e envolvê-los no cuidado é igualmente fundamental.

1. Quando o usuário for encaminhado pela escola, verifique se há algum relatório escolar sobre ele, mas não o leia imediatamente. É importante você construir seu próprio olhar antes de entrar em contato com outras avaliações.
2. O relatório produzido pela escola traz dados referentes ao aluno, não se atendo apenas à descrição de

suas dificuldades, mas sobretudo, como tem sido comum ultimamente, destacando também suas qualidades e potencialidades. Porém, caso o relatório não traga esses dados, é importante que você pergunte sobre eles.

3. Não inicie sua entrevista com perguntas diretas sobre a queixa, pois isso direciona a fala do usuário a uma faceta do problema. Prefira uma pergunta genérica, como: Por que procurou o serviço de saúde? Embora possa parecer óbvia, certamente o levará a contar a história a partir de suas percepções. Por exemplo: “Porque a escola mandou” é uma resposta que aponta para uma possível submissão ao discurso escolar; “Porque a escola mandou e a gente acha que é isso mesmo” é uma resposta de concordância com o discurso escolar de que há um problema com a criança. A pergunta genérica abre para muitas possibilidades de respostas, algumas bem inesperadas, como “Porque ele é o primeiro filho, primeiro neto e foi muito mimado”, que trazem alguns dados sobre como a criança, o adolescente e seus responsáveis pensam e se posicionam frente ao problema. Isso é fundamental para a construção da compreensão das dificuldades apresentadas por eles.

4. Se, a partir dessas falas você só obtiver dados relativos ao problema, procure perguntar sobre o cotidiano e a dinâmica familiar: o que costumam fazer no dia a dia?; quais são os temas e atividades de interesse?; como utilizam os momentos em que estão juntos? Observe que essas perguntas também são, de certo modo, genéricas. É a criança ou o adolescente que vai preencher com dados de sua história. E, mais uma vez, isso vai trazer mais informações para a compreensão dos aspectos multifacetados que envolvem os problemas de aprendizagem.

5. Aspectos da vida social também são importantes de serem conhecidos. A família e/ou o usuário frequen-

tam espaços públicos de lazer e cultura: parques, bibliotecas, cinemas, clubes, teatros, centros de convivência, centros de juventude, museus, lan-houses, telecentros?

6. Vamos aprofundar a queixa, a partir da contextualização do que o usuário ou o responsável trouxe. Como estuda? O que faz quando está com dificuldades? Procura ajuda e, se procura, encontra-a em alguém da família? Sente-se desanimado e abandona as tarefas que apresentam desafios ou busca resolvê-la até o final? Os pais sabem se o professor já tentou ajudar a criança na escola e de que formas? A criança se interessa por outras atividades de escrita e de leitura além das escolares? Quais são as situações sociais de leitura e escrita sobre as quais se mostra interessado e atento?

7. É importante saber quais são os usos que a família faz da leitura e da escrita. Assim, vale perguntar: o que as pessoas dessa família costumam ler e escrever? Também estudam? Leem revistas, jornais, bíblia, livros? Quais são os gêneros escolhidos: biografias, horóscopos, receitas, romances, notícias, manuais, piadas? As leituras são compartilhadas, por exemplo, quando o pai lê alguma coisa interessante, lembra de comentar com o filho? E sobre a escrita? Escrevem bilhetes, receitas, e-mails, cartas, fazem palavras-cruzadas, sudokus, ou só relatórios de trabalho e lições de casa? Estão nas redes sociais, escrevem em blogs, sites, páginas do Facebook?

O conjunto de respostas a essas perguntas traz um panorama de usos sociais de leitura e escrita por parte usuário e, com certeza, ajuda a entender suas dificuldades de aprendizagem. Seria interessante, antes de fazer seu encaminhamento, conversar com profissionais de outros equipamentos sociais citados nas respostas. Por exemplo, se há dificulda-

des na escola, mas a criança ou o adolescente frequenta centros de juventude onde escreve ou encena peças teatrais, é fundamental entender o que isso significa, antes de fechar um diagnóstico que aponte para um distúrbio orgânico. Para aprofundar o entendimento desta perspectiva, [página 110](#)).

Outras vezes, o motivo da vinda do usuário, criança ou adolescente, ou a procura de seus pais tem relação com preocupações relativas ao mau comportamento na escola, dificuldade de concentração ou baixo rendimento. Descrevemos alguns possíveis passos para a abordagem nesses casos:

1. Empregar perguntas abertas, como por exemplo, “o que você faz na escola?”;
2. Buscar saber como se relaciona com as tarefas e exigências, do que gosta ou não na escola;
3. Pesquisar em que assuntos encontra mais facilidade, em quais tem dificuldade, e o que costuma fazer quando não entende alguma matéria ou tarefa;
4. Perguntar como vê o próprio aprendizado na escola e se, em outros contextos, como cursos externos, atividades lúdicas, tem outro tipo de desempenho. Perguntar também se tem sugestões para melhorar seu desempenho ou a própria educação proporcionada pela escola;
5. Perguntar como vê o próprio comportamento na escola, comparar com outras esferas da vida, e ao que atribui essa forma de se relacionar com colegas e professores;
6. Buscar maiores informações sobre a vida familiar e social, o que pode ser feito por um familiograma e um sociograma, inclusive explorando papéis sociais, grau de escolarização, formas de relação entre as pessoas, como lidam

com conflitos (em alguns casos, este tipo de queixa pode requerer o aprofundamento do conhecimento da forma de vida do usuário e sua família, o que pode ser feito em visitas domiciliares ou à comunidade - vide item (B) para sugestões);

7. Informar-se sobre o funcionamento da escola com o próprio usuário ou seus familiares. Caso durante o atendimento o profissional perceba que seria interessante saber mais sobre a escola que a criança ou o adolescente frequenta, separar o prontuário para contato interinstitucional e articulação do trabalho em rede (ver [“Recomendações para a interação de profissionais e articulação em rede de serviços, setores e com a c”](#)).

Adotados esses passos, será possível ter um melhor panorama de como é a vivência escolar do usuário. Além disso, queixas atribuídas a ele como indivíduo podem ser contextualizadas, e uma parte dos encaminhamentos pode dizer respeito a iniciar abordagens com a família ou a escola. Às vezes, ainda que existam outros fatores causais, o usuário pode estar reagindo a um descontentamento e manifestando, na escola, falta de interesse ou ainda comportamentos vistos como agitados ou agressivos. Neste caso, sugerimos conversar sobre isso com o usuário, expor também consequências deste tipo de situação e, se possível, combinar com ele formas para melhorar essa vivência.

Alguns usuários crianças e adolescentes podem ter dificuldade em abordar o assunto, uma vez que vivem a naturalização do processo como se fosse inerente a eles e, não raras vezes, realmente se consideram doentes. Nestes casos, o emprego de ferramentas mais lúdicas como leitura de pequenas histórias que discutam o tema, dinâmicas de grupo com outros usuários de mesma idade podem ajudar.

Ainda que dependa da forma de trabalho de cada serviço e da complexidade de cada caso, provavelmente todas as questões relativas às vivências na escola que trazem a criança, o adolescente ou seus familiares ao serviço de saúde certamente não poderão ser resolvidas em um só atendimento, sendo interessante programar retornos, combinando atividades individuais e grupos educativos sobre o tema. Além disso, entre os atendimentos, casos como estes podem ser discutidos em reuniões de supervisão, matriciamento, em contatos com outros serviços ou setores, em interlocução com a comunidade, etc.

(B) Por vezes, o caso do usuário é encaminhado aos serviços de saúde pelo agente comunitário ou outros profissionais da equipe de saúde. Queixa referente a dificuldades de aprendizagem – recomendações ao agente comunitário, ou outros integrantes da equipe que realizam visitas domiciliares e ações comunitárias

Em suas visitas domiciliares, o agente comunitário está em posição privilegiada de entender as condições sociais de produção de diversos agravantes à saúde e à qualidade de vida dos moradores da comunidade. Quando a queixa for relacionada a dificuldades de aprendizagem, é importante que o agente fique atento a possíveis usos de leitura e escrita fora da situação escolar e à disponibilidade de ambientes dentro e fora de casa para esses usos. Caso a queixa seja relativa a dificuldades de atenção ou a problemas de comportamento, é interessante que o agente busque observar e perguntar como a criança ou o adolescente interage com a família, sobre ou-

tros espaços que frequenta e como é seu desempenho em outras atividades que realiza. Além disso, dados sobre a forma de organização da comunidade, de que o agente dispõe por sua inserção como morador e trabalhador, podem auxiliar na compreensão de cada situação e na busca de propostas.

A seguir, sugerimos algumas questões como roteiro para a visita e a conversa.

1. Observe o ambiente doméstico, do ponto de vista físico. Como a criança estuda e faz seus deveres da escola? Há adultos disponíveis para ajudar os filhos nas tarefas escolares? De que modo isso acontece?
2. Pergunte e observe como as crianças brincam. As crianças dispõem de brinquedos? De que tipo eles são? Há jogos de tabuleiros, quebra-cabeças, brinquedos que exijam uma postura mais reflexiva? Há brinquedos eletrônicos como video-games? Bolas, cordas, bonecas? As crianças brincam sozinhas ou em grupo? Costumam construir seus próprios brinquedos ou modos de brincar? Pergunte e observe os hábitos dos adolescentes, atividades realizadas, como buscam lazer, etc.
3. Pergunte sobre o cotidiano e dinâmica da família: o que costuma fazer no dia a dia?; quais são os temas e atividades de interesse?; como os membros utilizam os momentos em que estão juntos? Observe que estas perguntas são, de certo modo, genéricas, justamente para que o usuário ou seu

responsável preencha com dados de sua história. Isso também vai trazer mais dados para a compreensão dos aspectos multifacetados que envolvem os problemas de aprendizagem.

4. Converse com a criança e o adolescente, perguntando-lhes sobre seus temas de interesse. Há pontos comuns entre o que gosta de fazer fora e dentro da escola? Aquilo que aprende na escola, relaciona com algo da sua vida cotidiana? Observe em que assuntos se mostram mais animados para falar. Veja também se o que colocam como sendo de interesse recebe o apoio da família.

5. É muito comum e compreensível pais quererem que seus filhos leiam e escrevam, mesmo que eles próprios não valorizem essa prática em seus cotidianos. Assim, fique atento e pergunte sobre situações de leitura e escrita no ambiente familiar. O que as pessoas dessa família costumam ler e escrever? Outros membros da família também estudam? Leem revistas, jornais, bíblia, livros? Quais são os gêneros escolhidos: biografias, horóscopos, receitas, romances, notícias, manuais, piadas? As leituras são compartilhadas, por exemplo, quando o pai lê alguma coisa interessante, lembra de comentar com o filho? E sobre a escrita? Escrevem bilhetes, receitas, e-mails, cartas, fazem palavras-cruzadas, sudokus, ou só relatórios de trabalho e lições de casa? Estão nas redes sociais, escrevem em blogs, sites, páginas do Facebook?

6. Algumas vezes, tanto as escolas como as próprias famílias projetam em suas crianças e adolescentes o desejo de que “sejam alguém na vida”. Este desejo é muito frequente para alguns pais que não puderam estudar. Ainda que a intenção seja boa, pode levar a pressões difíceis de serem vivenciadas pela criança e pelo adolescente e, além disso, po-

dem existir contradições entre a realidade vivida e os planos de futuro, incluindo, como mencionado no item anterior, uma vivência restrita da família com o estudo. Identificação de situações como esta pode favorecer a condução dos casos, inclusive pela explicitação, que contribui para a construção de expectativas que considerem também as situações vividas.

7. Em alguns casos, as crianças e os adolescentes são apontados como “problemas”, como se tivessem mau comportamento, mas vale reparar na dinâmica familiar, nas formas de relação, em possíveis conflitos. Essas informações são ricas para as discussões posteriores do caso em equipe. Caso seja possível conhecer uma maior rede de relações vividas pela criança e pelo adolescente, como vizinhança, equipamentos sociais utilizados, grupo de amigos, também são dados que auxiliam no raciocínio.

O conjunto de respostas a essas perguntas traz um panorama de usos sociais de leitura e escrita da família e também ajuda a entender as dificuldades escolares do aprendiz. Seria interessante, antes de fazer seu encaminhamento ao serviço de saúde, sugerir aos pais que participem mais de situações sociais de leitura e escrita com seus filhos, sobretudo com os que apresentam dificuldades de aprendizagem. Por exemplo, incentive os pais a lerem ou comentarem sobre alguma leitura com seus filhos, algo que também os interesse. Incentive os pais a lerem o que os filhos eventualmente escrevem além das tarefas escolares e também a compartilharem o que eles próprios escrevem. Ações como essas podem ajudar muito na compreensão das dificuldades escolares apresentadas pela criança ou adolescente, potencializando a todos, pais e aprendizes, a reverterem a lógica de que só remédio e/ou tratamento individual dão conta de resolver o problema. Para aprofundar o entendimen-

to desta perspectiva, “[Leia Mais para agentes comunitários](#)”.

(C) Algumas vezes, o caso de uma criança ou adolescente chega ao serviço de saúde por solicitação específica de instituições de outros setores, com destaque para a educação e instâncias da justiça.

Nestes casos, com frequência, os encaminhamentos trazem não apenas descrições dos problemas que consideram em relação à aprendizagem e ao comportamento da criança e do adolescente, mas também anúncios de diagnósticos e pedidos fechados de condução dessas situações em atendimentos em saúde. Por esse motivo, é particularmente importante que o profissional de saúde busque, antes de tudo, conhecer a situação concreta e, particularmente, o lado da criança / do adolescente e de sua família neste problema que se atribui a ele e a sua situação de saúde.

Assim, sugerimos:

1. Convidar a criança / o adolescente e seus responsáveis para uma consulta ou uma atividade presencial no serviço de saúde;

2. Adotar demais passos descritos no caso (A);
3. Se necessário e caso exista a possibilidade de visita domiciliar ou à comunidade, complete a abordagem com uma visita para conhecer melhor a situação de vida, saúde e condições de aprendizagem deste indivíduo e sua família; aqui, recomendamos os passos do item (B);
4. Como a demanda emergiu a partir de uma solicitação de outros serviços ou setores, se possível, sugerimos o estabelecimento de contato inter-institucional, que poderá se dar para este caso específico, também contribuindo para situações futuras, bem como para a articulação de redes de trabalho. Este tema será abordado adiante no item Recomendações para a articulação do trabalho em rede.

Entretanto, em alguns casos, a primeira demanda trazida pelos usuários crianças e adolescentes ou seus familiares não se relaciona diretamente à vivência de questões em relação à aprendizagem ou ao comportamento. Mas a importância que este tema vem adquirindo em nossa sociedade, bem como a experiência com muitos casos individuais (nos quais sugerimos as abordagens anteriormente descritas) mostram a relevância de que profissionais e serviços de saúde pautem ativamente essas questões para permitir sua emergência no coletivo de usuários que atendem e, então, trabalhá-las.

Como abordar ativamente essa questão quando não constitui queixa a priori ou demanda explícita?

Sugerimos:

1. A inclusão de perguntas sobre o tema da escola, vivências em relação à aprendizagem em roteiros para o trabalho

individual com crianças e adolescentes. Um exemplo é a pergunta ... que integra a ficha “Vida e Cuidado com a Saúde”, utilizada no trabalho com adolescentes no Centro de Saúde Escola Butantã. Esta pergunta possibilita que apareçam diferentes conteúdos sobre o tema, além de ajudar a identificar adolescentes que vivem a escolarização de forma prazerosa e aqueles que possam ter um sofrimento em relação ao processo.

2. Grupos de educação em saúde realizados nos serviços de saúde em que a temática da medicalização da educação e da sociedade seja trabalhada por meio de dinâmicas de grupo ou discussões. Uma possibilidade interessante é a realização também de grupos de pais e familiares, chance para ouvir suas angústias quanto ao tema e as vivências com o cuidado dos filhos, mas também para sensibilizá-los para possibilidades de atuarem de forma a favorecer a transformação dessa situação.

3. Atividades educativas em sala de espera em que este tema seja focado constituem oportunidades de abordar o público em geral, ou seja, crianças, adolescentes, adultos, idosos, que tenham ou não preocupação com o assunto. Constituem momentos de sensibilização, mas também a possibilidade de mostrar a quem frequenta o centro de saúde que este assunto é relevante para o serviço e que, caso queiram abordá-lo em atendimento, encontrarão espaço.

4. Atividades de educação em saúde na comunidade, por exemplo, em escolas da região ou em outros equipamentos sociais, como ONGs, clubes esportivos, associações de moradores, etc. A forma e o conteúdo da abordagem dependerão do tempo disponível, dos participantes, mas, de modo geral, podem se assemelhar ao que foi descrito nos itens 2 e 3.

Em algumas situações, os profissionais responsáveis pelo atendimento podem ficar em dúvida, pensando, por exem-

plo, se pode haver algum problema, como uma deficiência cognitiva. Destacamos que esta situação não corresponde à maioria dos usuários com queixas aparentes relativas à escolarização. Mas, quando a dúvida existe, sugerimos acionar mecanismos de supervisão, matriciamento dos casos, para discussão de critérios e verificar situações que possam requerer acompanhamento especializado em saúde ou condições específicas para a aprendizagem.

De modo a garantir que em um determinado serviço de saúde o tema da medicalização da educação e da sociedade seja trabalhado, é imprescindível lançar mão de mecanismos gerenciais para a institucionalização da discussão. Para tanto, sugerimos fundamentalmente:

1. Realização de reuniões de equipe sobre o tema, detalhadas a seguir e que são fundamentais para os outros itens que recomendamos para a incorporação do tema na agenda de trabalho;
2. Identificação de profissionais que possam lidar com o tema nos diferentes momentos de atividades e de acordo com o fluxo dos usuários pela unidade;
3. Identificação de instrumentos de trabalho já existentes na Unidade ou busca de recursos e ferramentas de outros serviços;
4. Articulação com outros serviços e setores e trabalho em rede.

Para a montagem de reuniões sobre o tema da medicalização da educação e da sociedade, sugerimos elencar um caso para o estudo e tomar o roteiro a seguir como orientação. Destacamos que o objetivo da reunião é aumentar a sensibilização para o tema, identificar necessidades de saúde subjacentes, finalidades para o trabalho, possibilidades

de fluxos, atividades, formas de interações entre profissionais e destes com usuários, articulações com outros setores.

A) Quais foram as demandas e necessidades da criança ou do adolescente, de sua família, da escola ou de outras instituições trazidas ao serviço? O grupo imagina outras possíveis queixas, bem como outras pessoas, grupos e instituições que as apresentem como questão ao serviço de saúde?

B) No caso, que profissionais receberam e lidaram com a demanda? Que condições propiciaram ou dificultaram a abordagem e como esta foi feita? Em que atividades? Você identificou outras possibilidades?

C) Para a condução do caso, foi desenvolvida uma conversa. Quais foram seus conteúdos? De que modo foram tratados? Que conhecimentos e instrumentos foram utilizados? Você sugere novas perguntas e formas de abordagem?

D) Para a abordagem deste caso, qual foi o plano de trabalho e como foi desenvolvido? Você sugere outras possibilidades (pensando na continuidade ou na mudança da proposta de acompanhamento)?

E) Neste caso, como foi a integração de profissionais e setores dentro do serviço? E fora (outros serviços, níveis do sistema de saúde, outras áreas de atuação)? Quais são as sugestões do grupo para a articulação?

F) No caso discutido, a pessoa atendida trouxe questões específicas relacionadas ao tema da medicalização para o serviço? Pensando no conjunto dos usuários que frequentam o serviço e cuja demanda não tem este foco em particular, como a temática da medicalização da educação e da sociedade poderia ser trabalhada? Em que contexto, atividade e por quais profissionais?

G) Para sintetizar, quais princípios e propostas gerais para o trabalho com o tema da medi-

calização em serviços de saúde o grupo sugere?

Assista Mais!

Fala de Maria Aparecida Affonso Moysés no Seminário Medicalização da Educação, da Saúde e da Sociedade: a quem interessa e como enfrentamos essa questão?

<http://www.youtube.com/watch?v=Eb1kJk6dJTo>

Recomendações para estratégias de trabalho com leitura e escrita

Sobre as diversas ações dos fonoaudiólogos nos Serviços Públicos de Saúde

Como fonoaudiólogo que atua nos serviços públicos de saúde, certamente você realiza diferentes ações, dependendo do tipo de serviço a que pertence, seja nas UBS – Unidades Básicas de Saúde - tradicionais, nos NASF - Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família, ou nos NIR - Núcleos Integrados de Reabilitação.

- UBS tradicionais

As ações nas UBS tradicionais podem se dar tanto em equipe de reabilitação quanto em trabalhos compartilhados com outros membros da equipe do serviço. Neste último caso, há um espaço privilegiado para que sejam ouvidas as queixas das famílias, das crianças e dos jovens, os quais já podem ter ou não um diagnóstico fechado em relação à aprendizagem.

Portanto, procure conhecer mais sobre as questões de leitura e escrita, as razões que levam familiares e/ou responsáveis a buscarem o serviço e como esperam que suas questões sejam acompanhadas e minimizadas. Explique a eles que, quanto mais favorecerem situações de leitura e escrita em casa, mais propiciarão que seus filhos percebam as funções de ler e escrever, para além das tarefas estritamente esco-

lares. Sugira atividades como leitura individual ou compartilhada de jornais de bairro, folhetos de divulgação, passagens bíblicas, além de escrita de bilhetes, listas de mercado, etc.

- NASF

Já os fonoaudiólogos que atuam nos NASF têm por objetivo ações de cunho técnico-pedagógico e também assistencial. O matriciamento é o ponto de partida para discussões de casos, discussões da equipe sobre um determinado tema e também para ações que envolvem capacitações dos membros da equipe. Nessas ações, as queixas de leitura e escrita devem ser abordadas de uma forma não medicalizante. Nas discussões de caso, o importante é romper com a lógica que atribui a causa da dificuldade de aprendizagem à criança e ao jovem, exclusivamente, para refletir sobre as implicações no problema dos mais diversos contextos - familiar e escolar, primordialmente. Com base nesses dados, a equipe poderá observar as diversas possibilidades de aprendizagem que se apresentam, tendo então condições de ampliar o conhecimento sobre o universo das famílias (sua dinâmica e o cotidiano), também por meio das visitas domiciliares e de dados dos ACS. A interlocução com a escola é igualmente necessária, para saber de que forma os professores veem e atuam com as questões de aprendizagem daquele aluno.

- NIR

Por fim, nos NIR, o fonoaudiólogo desenvolve ações de caráter ambulatorial, realizando atendimentos em grupos terapêuticos ou individuais. Também participa de reuniões clínicas para discussão de casos.

A seguir, você encontra algumas sugestões de trabalho que podem ser realizadas com crianças e adolescentes que apresentam questões de leitura e escrita. Entendemos que essas sugestões podem tanto ser utilizadas por fonoaudiólogos como por outros profissionais que compõem a equipe de reabilitação, e que atuam em grupos terapêuticos e grupos de promoção/prevenção da saúde. Mas também você que atua em NIR poderá fazer um bom uso deste material, bem como de tudo que foi disponibilizado anteriormente, para as discussões de casos.

Sobre a organização dos grupos de trabalho

Você deve ter recebido prontuários com queixas ou até mesmo diagnósticos fechados a respeito das crianças e dos adolescentes com os quais irá trabalhar; porém não se apegue a esse material, para que você possa estabelecer a sua compreensão de cada caso. Procure utilizá-lo mais para obter informações básicas, necessárias para a organização dos grupos.

Para tanto, procure privilegiar a faixa etária, considerando também série/ano de escolaridade. Por exemplo, crianças de 6 a 7 anos podem trabalhar bem juntas, assim como de 8 a 10. Já no caso dos pré-adolescentes, é possível agrupar participantes de 12 a 15 anos, desde que as questões de aprendizagem sejam semelhantes.

Primeiros passos: ouvir e conhecer crianças e adolescentes, para além dos rótulos

É hora de dar início ao trabalho! Você está diante do grupo, e este primeiro encontro é muito importante para a formação de um vínculo de confiança entre todos.

Trata-se de um passo fundamental para a criação de uma verdadeira aliança de trabalho, de modo que todos se sintam seguros para compartilhar suas questões e inquietações, cooperando uns com os outros e descobrindo interesses comuns. Procure sempre ouvi-los com atenção, mostrando, com gestos, atitudes e palavras, disposição para acolhê-los, mas, principalmente interesse em conhecê-los.

Bole uma situação inicial, para que todos se apresentem. Aqui, principalmente se as crianças forem menores, vale criar situações mais lúdicas, como desenhos, por exemplo. Enquanto isso, faça observações bem livres e gerais, prestando atenção nos sentimentos que cada um desperta em você.

Algum deles parece ansioso, preocupado, ou entediado e indiferente? Se forem maiores, observe se sabem dizer o que os trazem ao serviço, mostrando-se conscientes do problema e dispostos a pensar no assunto. Quando enunciam o problema, usam termos próprios de sua faixa etária ou parecem ter “decorado” o que professores e pais têm lhes dito? Há aqueles muito retraídos, que, mesmo quando convidados a falar, permanecem em silêncio? Ou aqueles muito agitados que falam junto, interrompem, mostrando-se pouco disponíveis para ouvir os outros?

Mas, atenção: não insista para que se apresentem de outra forma, pois este momento é muito mais para você conhecer as

diferentes formas de comunicação presentes no grupo. Pode haver crianças ou adolescentes que já conseguem expressar suas questões com palavras, e outros que o fazem através de atitudes, gestos ou corporalmente. É importante que você respeite essa diversidade, indicando que todos terão ali um espaço para compartilhar seus limites e potencialidades.

Uma boa estratégia para esta rodada de apresentação é perguntar o que pensam da escola, como se sentem na sala de aula, em relação aos professores, colegas e ao ambiente escolar de forma geral. Aqui, podem aparecer falas como: não gosto de estudar, não sei escrever, não gosto de ler. Importante, neste momento, explorar o tema, com perguntas que os desafiem a ir adiante nessas generalizações: “você não gosta de escrever nada, nem no MSN, ou no facebook? E que tal quadrinhos, quem aqui lê Turma da Mônica?”. Caso falem de dificuldades específicas, como para ler / interpretar textos, solicite que exemplifiquem situações em que o problema se faz presente. Por exemplo, pergunte em quais tipos de textos, se só nos escolares, que circulam nos livros didáticos, ou se também acontece quando leem um conto, uma reportagem, uma passagem da Bíblia, quadrinhos, etc.

E também, no caso dos maiores, em quais matérias aparece mais comumente: história, geografia, LP, ciências, matemática... Aproveite este momento para perguntar quais conteúdos lhes interessam mais, se lembram do que vêm estudando nas aulas e qual o último livro que leram para a escola, se gostaram ou não e qual era a trama, os personagens, a época. Caso se lembrem, ressalte que devem ter entendido o que leram, e continue explorando outros livros ou materiais que possam ter lhes interessado. Aqui, a diversidade mais uma se fará presente, e também aqui você deve ouvi-los com atenção, pois isso permitirá observar as afinidades entre os participantes do gru-

po e também a elaborar estratégias de trabalho para os próximos encontros, selecionando materiais de interesse comum.

Se a conversa estiver fluindo, investigue suas histórias como leitores: pergunte se costumam ou costumavam ler Bíblia, gibis, contos de fada, fábulas, quais personagens curtiam, por quê, se alguém lia para eles. Esse mapeamento é fundamental para você ter uma ideia do contexto de letramento* (leia mais) em que estão inseridos e se ler e escrever fazem sentido em suas vidas e na de seus familiares.

Explore também quais equipamentos culturais e comunitários costumam frequentar no território. Há cinemas, centros de convivência, bibliotecas, parques, ginásios de esporte, lanhouses? Como são informados dos eventos? Leem cartazes ou ficam sabendo por colegas? Se engatarem nesta conversa, continue perguntando que tipos de filmes gostam mais, se praticam esportes, quais as preferências musicais e se lembram letras de raps, funk, pagodes, rock, etc.

Observe também a desenvoltura do grupo na oralidade e, aqui, nada de preconceito contra a forma de falar! Nem em relação a marcas culturais ou uso de gírias e palavrões. O importante é a expressividade e capacidade de se fazer entender. Caso você não compreenda algum trecho da fala de um participante, pergunte o quis dizer e observe se consegue reformular seu pensamento a partir da interlocução com você, ou com outro do grupo, ou se não se esforça muito para ser compreendido, ou ainda se se retrai, sentindo-se muito frustrado e incapaz de se comunicar. Procure acolhê-lo neste momento, indicando disposição para construir o enunciado junto com ele: “Será que você quis dizer que ...?”, sempre mostrando interesse pelo conteúdo de suas ideias. Todas essas situações, mais uma vez, são fundamentais para você observar a diversidade do grupo e criar

estratégias para lidar com essas questões de comunicação.

Agora, se muitos referirem que não sabem escrever, ou cometem muitos erros de ortografia, peça para que exemplifiquem com palavras. Depois, explore outras situações em que a escrita se faz presente, fora da escola: pergunte se têm diários, se costumam passar bilhetinhos na classe, se participam de redes sociais, como FB, ou se utilizam o MSN para falar com os amigos. E também se os familiares costumam escrever e em que momentos – listas de mercado, por exemplo.

Veja que é fundamental sempre quebrar a lógica da generalização, própria dos rótulos e diagnósticos apressados, muitos deles já incorporados pelas crianças e jovens. Fundamental também já sinalizar neste primeiro encontro que ler e escrever não são exercícios escolares e que há sim inúmeras outras situações cotidianas em que são necessários.

Se depois dessa conversa houver tempo para uma atividade, sinta o grupo para fazer sua proposta. Pode ser mais lúdica, como stop, brincadeiras com os nomes dos participantes, forca, por exemplo, ou cada um registrando os nomes uns dos outros, ou de personagens de histórias, de novela, de episódios bíblicos, etc.; enfim, escolha o tema de acordo com o que você observou e com o que circulou neste primeiro encontro.

Próximos passos: planejamento do trabalho

Agora você já tem vários elementos para elaborar os próximos passos com o grupo. Faça um bom registro deste primeiro momento, e continue com esse procedimento no decorrer do processo, pois esse tipo de material pode ajudá-lo na elaboração de atividades interessantes e atrativas para o grupo.

É importantíssimo que você se mantenha aberto para as surpresas: aquela criança mais retraída em um primeiro momento pode se mostrar mais vitalizada durante um jogo que envolva competição; aquele adolescente que afirmou de forma contundente que detesta ler pode se encantar com um conto, uma crônica, opinar sobre o tema de uma reportagem. Muitos que declararam escrever tudo errado podem mostrar um conhecimento maior da escrita do que eles mesmos supunham, diante de uma proposta mais mobilizadora. Aquele garoto que, num primeiro momento, estava mais agitado pode mostrar uma boa capacidade de concentração diante de um material mais significativo.

Tudo isso por que um ambiente acolhedor, em que circulem atividades interessantes envolvendo o conhecimento da escrita, apresentado de uma forma mais convidativa por um parceiro atento, disposto a ouvir e a respeitar as opiniões e os modos de ser de cada um, pode despertar potencialidades e condições para o desenvolvimento ainda pouco exploradas e consideradas no espaço escolar e/ou familiar.

Processo de trabalho: ampliação dos usos sociais da linguagem escrita

A seguir, você encontra então algumas sugestões de como conduzir o trabalho, de modo a criar um espaço para o desenvolvimento da leitura e escrita, fortalecendo cada participante, contemplando as várias formas de apropriação da linguagem e ampliando seu uso nas mais variadas situações cotidianas, não só as escolares.

Lembre-se: o objetivo do trabalho não é treinar habilidades e sim possibilitar a ampliação dos usos sociais da linguagem escrita, de modo que cada um possa se sentir capaz de imprimir marcas pessoais de expressão em seus textos,

de ampliar repertórios culturais, percebendo-se como parte integrante de uma comunidade de leitores e escritores.

1. Como escolher/selecionar o material para as atividades?

- Para os menores, escolha narrativas, como contos clássicos, fábulas, parlendas, cantigas, poesias. Há também os encartes de jornais dirigidos a crianças, como Folhinha e Estadinho, que trazem matérias sobre temas da atualidade, sobre ciências, passatempos, indicações de eventos culturais. Lembre-se: diversidade de gêneros textuais é fundamental! Uma criança que não produz tão bem uma narrativa pode se mostrar bastante desenvolvida em um texto informativo. É importante dar oportunidade para que todos expressem preferências e estilos pessoais.
- Para os maiores, escolha textos com temas atuais e de interesse da faixa etária do grupo. Se envolver alguma polêmica, melhor! Letras de músicas, reportagens, crônicas, contos também são boas alternativas.
- Para todos, procure folders de divulgação dos equipamentos culturais e comunitários e compartilhe com o grupo.
- Jogos são também muito bem-vindos, desde os mais conhecidos de todos, como forca, stop, palavras cruzadas, caça letras, até Perfil, Imagem e Ação, Palavra Secreta, Na Ponta da Língua, Charada.

Lembre-se de seu grupo nas suas leituras cotidianas e vá organizando uma pasta com textos e temas variados! Exponha também esses materiais em um painel, em que podem ser afixadas as produções dos participantes: indica-

ções de textos, de jogos, de filmes, comentários sobre reportagens, etc.. Assim, você cria entre eles uma rede de interlocução, uma verdadeira comunidade de leitores e escritores, compartilhando temas, leituras, opiniões, impressões...

2. Como escolher as atividades de leitura, contemplando:

- Ampliação de capacidades leitoras: aqui, o importante é sinalizar que ler é mais do que decodificar e mais do que compreender. Além disso, não lemos apenas textos, mas sim o mundo: vídeos, imagens, charges e quadrinhos sem texto, bem como inúmeros outros materiais que circulam em nosso cotidiano, em nossa comunidade, em nosso contexto também podem ser lidos! Isso porque ler significa construir sentidos, o que aprendemos a fazer com uma boa mediação, uma boa parceria, que considere nossas hipóteses e valorize nosso repertório cultural.

No caso de um texto, uma boa estratégia é começar lendo o título e solicitar que levantem hipóteses sobre o conteúdo; a ideia aqui é sinalizar que já começamos a nos inteirar do conteúdo do que lemos e construir sentidos antes de chegar ao texto propriamente dito, e como, muitas vezes, o título nos atrai, ou não, e assim, vamos fazendo nossas escolhas. Depois da leitura, volte às hipóteses iniciais, e mesmo que não tenham se confirmado, valorize a lógica de entendimento de cada um. Peça para que digam, primeiramente, o que acharam do texto, do tema, o que mobilizou em cada um, se lembraram de outros textos ou materiais em que o mesmo tema foi tratado – valem vídeos, propagandas, jornais televisivos, novela, músicas, filmes etc. O importante aqui é explorar a capacidade de fazer relações e atualizar repertórios. Pergunte também se gostaram de alguma parte, se lhes pareceu bem escrita, ou clara, ou, no caso de um artigo de opinião, quais os bons argumentos

utilizados pelo autor que os convenceram – trata-se da capacidade de apreciação estética, para qual somos despertados desde cedo, logo nas primeiras leituras. Não deixe também de compartilhar suas impressões! Explore ainda trechos do texto que só podem ser compreendidos por aqueles que já trazem um conhecimento prévio sobre o tema, levando os participantes a perceberem a importância da capacidade de fazer inferências – ou de ultrapassar a compreensão/entendimento do texto e relacionar o que leram com suas ideias e seu cotidiano.

- Questões com a decodificação: neste caso, todo o cuidado é pouco, pois é comum que se confunda uma boa leitura em voz alta com entendimento; e ao contrário, uma leitura em voz alta pouco desenvolta como indicativo de não entendimento. Nem sempre é assim! Antes de tudo, solicite que os próprios participantes leiam o texto, mostrando a importância de compartilhar a leitura para a discussão posterior – assim, o ler em voz alta deixa de ser apenas um exercício sem sentido, apenas um treinamento, e se torna significativo. Uma estratégia interessante é propor que encenem uma peça teatral, iniciando pela leitura em voz alta das falas de cada personagem, brincando com a entonação, indicando que o sentido também é construído com elementos suprasegmentais como a entonação, o tom de voz, vozes diferentes para cada personagem e até mesmo pelas expressões faciais e corporais. Com os pequenos, brincadeiras com fantoches também são bem-vindas!

Cuidado também com possíveis ridicularizações entre os participantes, sempre indicando a necessidade de se ouvirem com atenção e de se ajudarem, em vez de apenas se criticarem. Lembre-se: mesmo aquele participante que lê com pouca fluência pode ter tido alguma compreensão, ainda que incipiente. Parta dela para fazer a ampliação, sugira que leia novamen-

te o texto em voz baixa, pergunte se o entendimento melhorou. Pontue isso no grupo, destacando que cada um tem sua forma de “entrar” no texto, e posicione-se também, compartilhando suas preferências como leitora. Não deixe também de ler trechos ao grupo, para oferecer bons modelos de entonação e ritmo, o que contribui para o entendimento do conteúdo.

- Questões de entendimento/interpretação: aqui, a mediação é ainda mais fundamental! É comum crianças e adolescentes declararem de forma contundente que não entenderam nada do que leram. Dificilmente isso acontece, e é importante que você sinalize que essa generalização é equivocada, com perguntas: “Será mesmo que vocês não entenderam nada?”. Vá então retomando pontos principais do texto lido, solicite que um ou outro releia e incentive a expressarem o que entenderam com suas palavras. Parta desse entendimento, ainda que incipiente, e vá ampliando a criação de sentidos, sempre fazendo referência às palavras dos próprios participantes. Quando houver diferenças de entendimento, antes de afirmar qual seria a correta, discuta com o grupo, releia o texto e abra a possibilidade de eles mesmos chegarem à resposta. Explore também a opinião sobre os temas lidos, indicando que para opinar é preciso compreender. Assim, você mostra a importância de se compreender e interpretar um texto. Importante aqui você associar a leitura com escrita: uma boa forma de elaborarmos o entendimento do que lemos é registrando por escrito. Divida o grupo, faça propostas diferentes para cada um. Por exemplo, caso vocês tenham lido uma reportagem sobre pichação, sugira que alguns elaborem um artigo de opinião sobre o tema, outros, um manifesto favorável ou não a esse tipo de manifestação popular, ou quem sabe uma campanha para limpar a cidade.

3. Como escolher as atividades de escrita, contemplando:

- Diversidade dos gêneros textuais: o trabalho com a escrita deve abranger os diferentes gêneros textuais, tais como: narrativas, bilhetes, cartas (formais e informais), crônicas, relatos, resumos, instruções, poesias etc. Procure dar mais importância para essas situações letradas do que para o trabalho com palavras isoladas, embora, em alguns momentos, este também possa ser um recurso significativo. Crianças e jovens, pelo simples fato de pertencerem a uma sociedade letrada, trazem conhecimentos prévios sobre a forma de organização desses gêneros, o conjunto de palavras que costumamos usar ao compô-los. Explore esse conhecimento, tanto nas atividades de leitura como de escrita. Sabendo sobre os interesses dos participantes do grupo, você pode solicitar uma produção sempre deixando claro “para quem” e “o quê” irão escrever. A seguir, você terá algumas sugestões de trabalho.

■ Para os menores:

Peça que escrevam rimas ou parlendas que conhecem para trocar entre o grupo. Se nesse momento, alguém disser que não sabe nenhuma, peça que formem duplas ou trios com participantes que conheçam e que se dividam para que cada um escreva uma parte da rima. Você também pode ler ou contar alguma e pedir que escrevam. Se alguém disser que conhece, mas não sabe escrever, diga que pode escrever junto com ele(a). Nessa situação procure observar o que acontece: há um bloqueio ou existe a possibilidade e a criança precisa de um mediador/interlocutor mais próximo para que inicie sua produção? Durante a atividade não se apegue ao “como” as crianças

estão escrevendo, procure entender o que querem comunicar. Peça para que tragam fotos de casa; inicialmente, explore oralmente os nomes das pessoas que ali aparecem, além de contextualizar em que situação foi tirada a foto. A partir dessa conversa, peça que escrevam os nomes das pessoas e a situação a fim de que esta narrativa/relato seja levada para casa. Os familiares poderão sinalizar se a criança se lembrou ou se esqueceu de algum fato. Para a realização desta atividade, você deve se certificar se todos têm registros dessa natureza, para não expor um participante a uma situação constrangedora, além de verificar se haverá possibilidade de os familiares ou responsáveis participarem da proposta.

Você também pode trazer algumas fotos antigas ou recentes e propor que escolham uma foto para imaginar quem são as pessoas e o que estão fazendo para, em seguida, escreverem. As fotos antigas são interessantes porque podem ampliar o conhecimento das crianças sobre outra época, seus costumes e hábitos. A partir delas, outro gênero, que seria o de “memórias”, poderá ser elaborado em grupo com a sua ajuda. Ou então uma lista de palavras, para os que têm dificuldade em elaborar um texto, envolvendo uma pesquisa sobre brinquedos, vestuário, mobiliário, etc. da época retratada na foto.

Se a atividade “pegar”, monte um painel na sala, com legendas das fotos e as pequenas narrativas produzidas, com o objetivo de compartilhar com outros grupos.

Você também pode propor que o grupo escolha um conto clássico conhecido (como João e Maria, O lobo e os três porquinhos, Chapeuzinho Vermelho, Pinóquio, entre outros). Explore as histórias com as crianças para avaliar se há diferenças entre elas sobre as ações dos personagens, bem como sobre o enredo. Sugira que, em duplas ou trios, imaginem outro final para a his-

tória e escrevam. No atendimento seguinte, leve a história escrita até a parte que determinou anteriormente, para que possam completar com o final elaborado por eles. Seria interessante que pudessem também ilustrar com desenhos. Os diversos finais poderiam ser colocados no mural para que fossem compartilhados e, talvez, propiciassem que aparecessem outros finais.

Você pode sugerir que elaborem uma narrativa a partir de uma história em quadrinhos, de preferência sem falas, que seja interessante para a faixa etária do grupo, propondo que elaborem as falas em forma de balão ou de diálogos.

O jogo Imagem Ação Junior permite que se trabalhe com o desenho, a leitura e também possibilita a escrita. Pode ser jogado em grupo estabelecendo-se dois times: um que lê a palavra e desenha e o outro que adivinha a imagem e escreve a palavra. Pode ser uma atividade interessante para mesclar o trabalho com os gêneros textuais.

■ Para os maiores:

Você pode partir de uma conversa sobre os interesses musicais, esportivos e de lazer a fim de solicitar, por exemplo, que façam uma lista dos seus favoritos em cada uma dessas categorias. Em seguida, peça que troquem essas listas entre si - cada um deve escolher uma categoria e elaborar um texto explicando porque imagina que o companheiro do grupo citou tal esporte, música ou atividade de lazer como favorito, fazendo uso da argumentação. A seguir, cada participante deve comentar a justificativa dada a seu favorito por escrito e depois compartilhar com o grupo.

Você também pode utilizar fotos antigas e recentes, como foi sugerido com os menores; explore oralmente os nomes das pessoas que ali aparecem e contextualize em que situação foi tirada a foto. A partir dessa conversa inicial, sugira que o gru-

po se divida em duplas ou trios e explore as cenas do ponto de vista de outras pessoas como, por exemplo, do fotógrafo que tirou a foto. Para isto, é importante imaginar o que ele observa de cada pessoa da foto, a fim de elaborar uma narrativa.

Há um trabalho interessante com fotos, disponibilizado no site, que pode ser também explorado:

http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/11/101126_galeria_crianças_dormem_cc.shtml

Primeiramente, distribua as fotos pela sala; depois, peça que cada um leia uma legenda enquanto os outros tentam descobrir a qual foto se refere. Depois, peça para que os participantes se apresentem por escrito através de seus quartos, descrevendo brevemente sua rotina, com quem moram, etc.; e que também tragam fotos, para compor um mural.

Outra sugestão é você levar um tema polêmico que seja significativo - tanto pode ser uma matéria de jornal ou algo que esteja circulando nas redes sociais, ou alguma situação que envolva questões da comunidade. Proponha a discussão do tema e, se houver posições divergentes, o que é provável que aconteça, sugira que os favoráveis e os contrários se agrupem para elaborar por escrito a defesa de suas posições. Depois, realize um debate oral, estabelecendo as regras de apresentação das posições.

Você também pode levar um conto ou uma crônica para ser lida individualmente ou por você, e em seguida poderá solicitar que, em duplas e trios, discutam o que entenderam e elaborem um resumo do que consideram mais importante no texto. Depois, essas produções podem ser lidas oralmente.

Você poderá apresentar um evento esportivo, cultural ou de lazer que acontecerá no território e poderá solicitar que, em duplas e trios, elaborem uma forma de divulgação/propaganda do acontecimento deixando bem destacado para que público tal texto será

destinado, o que determina o tipo de linguagem a ser utilizado.

As tirinhas/quadrinhos de jornais poderão ser utilizadas para elaborar os diálogos ou as narrativas; porém, antes, explore as situações de linguagem para que sejam contempladas as diversas possibilidades de compreensão dos temas de cada uma das tirinhas/quadrinhos.

- Questões relativas à organização do texto

Esta é uma etapa do trabalho importante, porém você sempre deve respeitar o que foi elaborado e solicitar que todos respeitem o que o companheiro escreveu. Lembre-se que, para uma boa releitura e reescrita, é bom haver um afastamento do texto, portanto realize essas atividades em uma sessão posterior à que foi realizada a produção.

Partindo daí, você pode trocar os textos produzidos individualmente ou em pequenos grupos para que seja realizada uma leitura e expressem o que foi entendido. Sua mediação durante esta atividade é fundamental para que não se repitam situações semelhantes às escolares, quando algum deles possa ser ridicularizado ou menosprezado. Peça aos participantes que observem se há começo, meio e fim na produção textual e se o pedido feito foi atendido, por expl. um resumo, um diálogo, uma argumentação, atendo-se às regularidades de cada gênero.

Você também pode digitar os textos produzidos e apresentá-los separados em partes para que, em duplas ou trios, sejam reconstruídos. Novamente sua mediação será necessária para que também possam ser comentadas mudanças para que os textos sejam mais bem entendidos.

- Questões de ortografia

A ortografia é importante para viabilizar a interlocução, o diálogo, a troca. Mas todos devem respeitar o que o companheiro escreveu, porque esta é a possibilidade dele no momento. Enquanto constrói o vínculo com o grupo, sua observação sobre cada participante é muito importante. Você deve avaliar se a criança ou jovem está preparado para ver sua escrita revista por outras pessoas; sua observação sobre o modo de apropriação da escrita e nível de conhecimento desta é muito importante para definir qual o momento certo de fazer essa intervenção.

Aqui também você deve se lembrar de que, para uma boa releitura e reescrita, é bom haver um afastamento do texto; portanto, realize atividades para rever a ortografia em sessão posterior à que foi realizada a produção. O objetivo com as questões de ortografia é que a criança ou o jovem crie o hábito da autocorreção e diminua seu tempo de realizá-la. Seu papel será de mediar essa correção, procurando primeiramente entender a lógica da escrita, a lógica do “erro” de quem escreveu.

Apontar os acertos também é fundamental, pois muitas vezes, na escola, em casa e em outros locais, só se mostram os “erros” da escrita. Você deve valorizar as capacidades escritoras e, principalmente, ampliá-las.

Você pode estimular o uso do dicionário para comparar as palavras, a que foi escrita e a correta, assim como comparar em outros textos escritos como parlendas, contos, crônicas, jornais, revistas etc. Trata-se de um bom recurso para trabalhar a memória visual.

Quando perceber que é possível, permita que um participante leia a produção do outro ou você mesmo pode fazê-lo, a fim de que a criança ou o jovem façam suas correções. Nessa leitura, procure ler da forma como está escrito, mas, sempre que possí-

vel , explique que entendeu o que ele pretendia escrever, ainda que a palavra não esteja de acordo com a norma da nossa língua.

Você pode fazer um levantamento das palavras escritas com “erros” mais frequentes do grupo e propor atividades específicas, mas sempre parta de uma produção textual em que essas questões apareçam.

Você também pode brincar de forca para dificuldades como “RR”, “SS” e outras que envolvam a extensão e o número de letras.

Lembre-se sempre de indicar aos participantes as diferenças de qualidade e valor entre os erros. Por exemplo, escrever paçarinho é menos errado do que escrever pasarinho, pois, no primeiro caso, lemos passarinho, mas no segundo, pazarinho, palavra que não existe. No caso representação múltipla para um mesmo som, s, SS, ç, c, xc, é importante mostrar que se trata mesmo de um aspecto difícil no português, e que depende muito mais de memória visual.

Não deixe também de observar se, em uma mesma produção, certa palavra foi escrita corretamente em alguns momentos, e valorize isso. Pode acontecer também de uma mesma palavra aparecer escrita de modos diferentes nos vários textos produzidos pelos participantes. Abra uma discussão sobre isso, mostre as várias formas que utilizaram, indique as que seriam possíveis, pois não mudariam a palavra em si. Aproveite para apontar que são convenções e destaque a importância delas para a comunicação entre os interlocutores. Brinque também com as possibilidades legítimas de mudanças nessas convenções que ocorrem no universo virtual: axei, ak, pq, etc.

Interlocução com os familiares e escolas:

É fundamental que você mantenha uma interlocução tanto com familiares e/ou responsáveis das crianças e adolescentes de seus grupos, como também com a equipe da escola

que frequentam. Para ambos, procure esclarecer dúvidas, em especial referentes aos erros ortográficos e/ou interpretação de textos, ressaltando aspectos positivos dos participantes no que se refere a esses aspectos, destacando o potencial de cada um para o desenvolvimento. Problematize a questão da medicalização, a tendência a rotular e diagnosticar, em especial quadros de dislexia. Sobre esta questão, leia os seguintes textos que podem ajudá-lo na argumentação:

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/dislexia-visoes-etico-politicas>

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/estrategias-para-apropriacao-da-escrita-ou-sintomas-dislexicos>

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/o-trabalho-terapeutico-fonoaudiologico-com-a-linguagem-escrita>

Possibilidades de enfrentamento da onda de medicalização da aprendizagem: práticas substitutivas no campo da Fonoaudiologia

No caso dos familiares, observe também se há tendência a interferir exageradamente no processo escolar, controlando ou mesmo fazendo as lições de casa pelo filho. Ou, ao contrário, certa negligência em relação ao que acontece na escola. O ideal é que se chegue a um equilíbrio. Mostrar interesse pelo desenvolvimento do filho é muito importante; os pais podem fazê-lo de forma simples, perguntando como foi na escola, o que aprenderam de interessante; e caso tenham condições, podem dar uma força nas lições, mas apenas esclarecendo algumas dúvidas.

Incentive os pais a conversarem com coordenadores, buscando trocar ideias sobre o filho, mas alerte para que não aceitem diagnósticos sem questionar. Caso não compreendam o que foi dito, incentive-os a procurar por você, que pode ajudá-los nessa intermediação pais/escola. Importante também indicar aos familiares e/ou responsáveis que o conhecimento não circula apenas na escola, mas nas

mais variadas situações cotidianas. Sugira programas culturais para frequentarem com os filhos no território, como oficinas em bibliotecas, sessão de cinema, dentre outros.

No caso das escolas, observe que tipo de prática está sendo exercida – se muito tradicional, mais voltada à transmissão de conteúdos, com exercícios clássicos, como cópias, ditados, interpretação de textos, ou se há variação de atividades, valorizando-se os usos sociais da escrita e da leitura. Em ambos os casos, compartilhe com o professor as produções dos participantes de seus atendimentos, mas, no primeiro, deixe claro que atividades mais significativas levam a uma integração maior do conhecimento. E que um ambiente mais favorável ao desenvolvimento, que considera a singularidade de cada um, pode gerar crianças e adolescentes mais curiosos, mais potentes, criativos e desenvolvidos na apropriação da linguagem escrita.

Importante:

Todas essas sugestões que foram pensadas para o trabalho em grupo poderão ser adaptadas ao trabalho individual, quando for o caso em algum serviço de saúde público ou privado.

O trabalho com oficinas temáticas de linguagem escrita, também presente em ações dos fonoaudiólogos que atuam nos serviços públicos de saúde e nos privados, tem por objetivo tanto a promoção de saúde quanto a atenção à saúde. Parte de uma observação de aspectos ou questões de leitura e escrita comuns ao grupo e, em geral, de uma atividade prática que leve à vivência e reflexão desses aspectos e questões a fim de propiciar modificações e transformações.

As sugestões de atividades apontadas anteriormente podem

ser aproveitadas, porém como a oficina tem como característica o trabalho com uma questão específica e tempo determinado, vc você deve organizar materiais bem específicos. Estes podem abordar as capacidades leitoras ou entendimento/interpretação de textos de um determinado gênero; assim como trabalhar as características dele para que se elabore, em grupo, um texto nesse gênero. A organização de um texto também poderá ser objeto de uma oficina trabalhando a partir de um texto já elaborado grupalmente ou a partir de um conto ou letra de música ou outro gênero conhecido de todos que vc você deverá apresentar em partes soltas para que se reorganize o texto. Aspectos comuns da ortografia que sempre confundem quem escreve, como palavras com representações múltiplas, s/ss/ç/sc/ce/ci, podem ser trabalhados em oficinas com recursos de memória visual, como também com derivação de palavras. A vivência nas oficinas é promotora de saúde e gera empoderamento das pessoas que, porventura, se sintam com menos potencialidades.

Partimos do princípio de que as práticas não- medicalizantes podem e devem valorizar as pessoas que nos procuram, no caso crianças e jovens com questões de aprendizagem e de leitura e escrita, compreendendo a diversidade e os diferentes modos de aprender.

Recomendações para a interação de profissionais e articulação em rede de serviços, setores e com a comunidade visando práticas não medicalizantes

Ao longo da construção deste documento, nos diferentes momentos de trabalho, foi frequente a consideração por parte dos profissionais participantes das atividades propostas pelo GT Educação & Saúde que uma recomendação importante é buscar trabalhar em equipe e em parceria com outros serviços, setores e também com a comunidade. Por favorecer o acionamento de diferentes saberes e perspectivas para a contemplação do problema, este seria um caminho para ajudar a superar a fragmentação existente na explicação das questões escolares e de seu processo de constituição. Além disso, o enfrentamento de possíveis dificuldades vivenciadas no processo de escolarização e, particularmente, a intenção de que as abordagens transcendam a esfera individual requerem o trabalho em equipe dos profissionais de um determinado serviço, bem como a articulação em rede de diferentes setores e equipamentos sociais.

Na área da saúde, por exemplo, tem-se adotado o conceito operacional de integralidade como imprescindível para práticas de cuidado compromissadas tanto com o êxito técnico das ações como também com o sucesso prático, isto é, com as repercussões para o projeto existencial dos indivíduos (“o cuidado” na página 174). Considera-se que, para haver integralidade no cuidado, é preciso alinhar a contemplação das necessidades das pessoas, a busca das finalidades dos serviços e os eixos relativos aos modos de interação dos sujeitos e da articulação de saberes e equipamentos. Uma

pesquisa sobre os caminhos para a integralidade na atenção primária à saúde de adolescentes e jovens apontou que as interações e articulações constituem um dos principais desafios ([“caminhos da integralidade” na página 150](#)).

Sabemos que as interações de diferentes personagens e a articulação de cenários diversos não é tarefa fácil. Isso pode ocorrer pela frequente sobrecarga de cada equipamento, entidade ou setor, mas também pela dificuldade de trabalhar em grupo, pelo desafio de compartilhar cuidados, e mesmo pelo anseio de dividir chances de reconhecimento e exercício de autoridade. Em alguns casos, o principal fator limitante pode ser a gestão pouco participativa de alguns serviços e a resultante pequena autonomia e possibilidade de engajamento em projetos de seus profissionais. Entretanto, raras vezes são buscadas as causas da dificuldade de trabalhar em parceria e, em geral, um serviço reclama que não consegue trabalhar com o outro.

Consideramos que o primeiro passo pode ser buscar entender as dificuldades para a o trabalho em equipe e a parceria e buscar formas de estreitar laços. Para tanto, não bastam apenas boas intenções de pessoas de ambos os lados, sendo necessários mecanismos gerenciais de estímulo, incluindo, por exemplo, a alocação de tempo específico no trabalho dos profissionais para a construção e a manutenção de redes. Além disso, o compartilhamento de responsabilidades requer divisões de funções e, em alguns momentos, pode ser necessário que um dos elementos exerça uma função de coordenador. Vem-se estudando que uma forma de favorecer o trabalho em equipe e em rede é a identificação de um objeto de trabalho comum, bem como de uma finalida-

de compartilhada. (“[equipe multiprofissional](#)” na página 166).

Para o fortalecimento do trabalho em equipe, sugerimos:

- Identificação de projetos comuns para o trabalho, incluindo reconhecimento do objeto e também escolha de objetivos. Tomando como exemplo a temática e a perspectiva proposta neste documento, o projeto seria a construção e o desenvolvimento de ações não medicalizantes de educação e de cuidado em saúde dirigidas a crianças e adolescentes;
- Eleição e desenvolvimento de instrumentos para o trabalho em equipe, como, por exemplo, reuniões periódicas para organização do trabalho e discussão de casos, compartilhamento de instrumentos de registro, fluxogramas integrados de atividades para os usuários.

Para buscar trabalhar de modo mais articulado e, aos poucos, estabelecer parcerias e redes, recomendamos:

- Reconhecer e mapear os diferentes serviços, instituições, órgãos gestores e grupos comunitários de um território.
- Convidar para uma reunião de aproximação e proposição de trabalho comum. Esta reunião pode ser temática, com a contemplação de assunto de interesse comum, ou, se possível, ser organizada a partir da discussão de um ou mais casos já trabalhados ou futuros que envolvam ações dos diferentes parceiros presentes. Trata-se de um tipo de estratégia que pode favorecer a construção da rede, uma vez que a busca de atender as necessidades dos indivíduos funcionaria como fator propulsor.

Se tomarmos escolas e unidades de saúde como exemplos de serviços de diferentes setores, algumas possibilidades de contato suscitadas por casos ou temas compartilhados são:

- Uso de registro escrito de motivos para o compartilhamento de casos, ações desenvolvidas por cada local;

- Conversas por telefone entre profissionais / coordenadores de cada serviço para esclarecimento de dúvidas, para combinar etapas no atendimento, etc.;
- Uso de casos de um indivíduo para trabalhar questões do contexto ou de grupos coletivos, lembrando que a medicalização em geral localiza em uma pessoa, tida como doente, processos que são gerais e relativos à outra ordem de questões (educacionais, sociais, culturais). Uma sugestão é o emprego de instrumentos que possam favorecer a ampliação do olhar, como, por exemplo, o questionário adotado pelo Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (ver anexo x).
- Visitas dos profissionais de saúde à escola e dos professores e coordenadores à unidade de saúde, com vistas a conhecer cada espaço e o trabalho que desenvolvem;
- Encontros entre profissionais de saúde e educadores sediados por um dos dois equipamentos;
- Estímulo à participação de gerentes dos serviços de saúde e diretores/coordenadores da escola.
- Busca pela participação dos órgãos responsáveis pela gestão da educação e da saúde naquela localidade ou região.

Considerando o enfoque em crianças e adolescentes, é importante também procurar articulação com outros serviços e setores, particularmente aqueles que já tenham em algum momento feito encaminhamentos ou solicitações referentes ao tema para as escolas e unidades de saúde. Listamos, sem ser exaustivos, alguns exemplos: Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Adolescência, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Centros de Referência em Assistência Social, Igrejas, associações de moradores, entre outros.

Para interações com a comunidade, é importante não apenas mapear os grupos organizados e equipamentos do território, como também reconhecer a legítimi-

dade de suas demandas, além de favorecer espaço para que participem dos serviços de educação e saúde.

Ressaltamos, ainda, que crianças e adolescentes também podem ser incluídos não apenas como destinatários das ações, mas também como participantes do debate e na formulação de propostas. Isso pode ocorrer por meio de dispositivos formais, como os conselhos gestores de unidades básicas de saúde e as reuniões de educadores e pais das escolas. Personagens que podem contribuir na mediação dessa rede são os agentes comunitários de saúde, professores comunitários, assistentes sociais, líderes comunitários, entre outros.

Recomendações para Políticas Públicas

É comum pensarmos que as Políticas Públicas são desenvolvidas na arena governamental para a população que vive em uma esfera separada da política. Claro que no caráter oficial elas são promovidas pelos órgãos do governo, entram em negociações interministeriais e dependem de vontade política. Há todo um corpo político eleito pelos cidadãos para promover as Políticas Públicas. Mas nesses casos estamos falando de Políticas Públicas, com uma ênfase maior em seu caráter político.

Mas não podemos nos esquecer de que, desde a Constituição de 1988 e após uma longa luta social, a inserção da sociedade é presente para além do momento eleitoral. Desde então podemos afirmar que o Público da Política Pública ganha um acento de participação popular. Deixa de ser uma política voltada ao povo, mas uma política que pode ser construída pela sociedade em diferentes momentos.

Há diversas formas de pensar em como agir na construção e desenvolvimento de Políticas Públicas na interface dos serviços de saúde e educação aqui abordados.

A primeira é ocupar os espaços de debate, a ação cívica é comunicativa e de troca de ideias. Os conselhos de classe, os sindicatos e as instâncias de controle social são os meios de comunicação, agora clássicos, entre governo e sociedade. Não concordar com os rumos tomados por alguma Política Pública é um chamado para que esses espaços sejam ocupados e canais de comunicação criados. O elemento chave da democracia é o debate público, e ele acontece em audiên-

cias públicas, conselhos de educação e saúde, entre outros. Participar e garantir representações nos Conselhos de Saúde, Conselhos de Educação, Conselhos de Defesa do Estatuto da Criança e do Adolescente são arenas importantes para defender e construir formas de trabalhar em rede na interface entre os diferentes serviços que promovem a saúde e a educação.

É claro que nem todos podem ter afinidade com essas arenas de enfrentamento. E toda Política Pública depende de uma sociedade em que há ampla discussão dos temas pertinentes à vida de todos. Fomentar arenas de debate de temas como saúde e educação em blogs, fóruns online, associações e grupos fortalece ideias e conceitos e é um pressuposto da construção de uma Política Pública horizontal. Formar redes de profissionais interessados no tema e que possam pensar as Políticas Públicas existentes de forma crítica e propositiva auxilia diretamente na reformulação delas. Ir a reuniões profissionais e colocar em pauta a questão da medicalização, propor rodas de conversa sobre o tema com seus colegas de trabalho, todas essas são atividades que geram e fomentam a real Política Pública.

A ação na interface entre saúde e educação prevê ações interdisciplinares e intersetoriais, mas, para alguns profissionais, essas ações só podem ser realizadas sob o aval de diferentes secretarias que se unem na consolidação de uma Política Pública. Esse caminho é muito importante, mas depende de uma ação cotidiana e anterior, o trabalho comprometido dos profissionais nos serviços.

A verdadeira Política Pública põe em operação todos os atores ligados à atenção de determinado tema, no caso destas recomendações, a educação e saúde de crianças e adolescentes.

Para tanto, os profissionais que atuam nessas áreas devem conhecer as possibilidades disponíveis para melhora dos seus serviços. E esse conhecimento raramente está disponibilizado em manuais do governo e ultrapassa diferentes esferas: públicas, particulares, estaduais, federais e municipais. O trabalho comprometido, aqui, está longe de qualquer visão romântica de um profissional super-herói, mas daquele que se dispõe a trabalhar em redes e está aberto ao diálogo com outros colegas de outras instituições respeitando suas especialidades

DESPEDIDA

Chegamos ao final de nossas recomendações. Isto não significa, no entanto, que o tema se esgotou, ou ainda que nosso diálogo chegou ao fim. Estamos apenas dando uma pausa para que essas recomendações possam ser postas em prática por você em seu exercício profissional.

Desejamos que este material o ajude na compreensão das questões que envolvem a aprendizagem de crianças e adolescentes, buscando em suas histórias singulares, construídas em seus diversos contextos, caminhos para a retomada de um processo saudável de amadurecimento.

Também aguardamos seus comentários sobre o uso destas recomendações, para que possamos aperfeiçoar constantemente o material e para que outras pessoas possam se inspirar em suas experiências. Entre no site www.medicalizacao.org.br e deixe suas contribuições através do e-mail edusaude@medicalizacao.org.br.

Sigamos juntos no trabalho cotidiano e na batalha contra a medicalização da educação e da sociedade!

Um abraço,

GT Educação & Saúde

Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade

LEIA MAIS

Leia mais para educadores

CRIANÇAS E JOVENS CONTINUAM VÍTIMAS DA POLÍTICA EDUCACIONAL NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO

Lucy Duró Matos Andrade Silva

A sociedade contemporânea passa por um momento sem precedentes na história da humanidade, principalmente no que tange à produção de conhecimento, que se traduz numa dinâmica de múltiplas relações. Todos os dias são publicados novos trabalhos científicos em todo o mundo, portanto, o conhecimento de hoje muito em breve será superado, da mesma forma que a máquina de escrever cedeu seu lugar aos processadores de texto. No entanto, é importante destacar que essa superação se dá de forma dialética; não há, portanto, negação de uma concepção ou saber em favor de outro.

Esse movimento faz parte de um processo histórico vivido pela humanidade, segundo as considerações de Paro (1997b, p. 108),

Para que a humanidade não tenha que reinventar tudo a cada nova geração, fato que a condenaria a permanecer na mais primitiva situação, é preciso que o saber esteja permanentemente sendo passado para as gerações subsequentes¹.

De forma semelhante, sobre todo o percurso histórico do homem e a sua formação, Rigon faz uma citação sobre o conceito proposto por Leontiev, segundo o qual,

Todo homem nasce candidato a ser humano, mas somente se constitui humano ao se apropriar da cultura produzida pelos homens. O processo de apropriação da cultura humana é resultado da atividade efetiva do homem sobre os objetos e o mundo circundantes mediado pela comunicação. Logo, é na relação com os objetos do mundo, mediada pela relação com outros seres humanos, que a criança tem a possibilidade de se apropriar das obras humanas e humanizar-se. A

¹ Um aparte: não podemos nos esquecer de um fator fundamental no que diz respeito à produção do conhecimento e que é corroborado por Kuhn “apesar das ambiguidades, os paradigmas de uma sociedade científica amadurecida podem ser determinados com relativa facilidade”; os paradigmas e o poder de alguns deles estão subjacentes a toda e qualquer produção. Embora se trate de questão importante, não é o eixo central deste trabalho e, por esse motivo, não será aqui aprofundada. (2009, p.67)

esse processo, Leontiev denominou educação (LEONTIEV apud RIGON, 2010, p. 27).

Pensar a educação é pensar nas relações humanas, é pensar em valores, em direitos, é entender que o homem constitui sua subjetividade na relação com o outro e com o meio em que vive. Rego refere que a “subjetividade é definida como o conjunto de experiências do indivíduo, constituída nas e pelas relações sociais em um processo sócio-histórico” (1995, p.42).

Uma vez que a educação é a base para a transformação do homem, a escola como instituição social tem um papel fundamental na formação humana. A sua função estaria relacionada a problematizar e incentivar a investigação nas diversas áreas do conhecimento, bem como oferecer recursos para que cada indivíduo possa desenvolver plenamente suas potencialidades físicas e psíquicas.

A escola foi credenciada como principal instituição social responsável pela atualização histórico-cultural. Todavia, também traz consigo o papel de educar, haja vista o seguinte trecho presente na LDB - Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional:

[...] a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (2010, p.8).

Contudo, por ser uma das principais instituições responsáveis pela constituição do indivíduo, a escola tem de acompanhar a evolução com base no conhecimento produzido, que por sua vez é um bem inalienável conquistado pela humanidade em todo o seu percurso histórico, como bem apontou Demo (1997).

Para cumprir as determinações de uma sociedade cada vez mais carente de valores humanistas e que clama por responsabilidade social, é necessário o investimento em um sistema educacional que tenha como princípio a formação crítica e, principalmente, ética de seus jovens.

A escola deveria ter um papel transformador, já que compartilha do conhecimento produzido. Entretanto, o que se observa é que há reconhecidamente uma tentativa de resistência própria de um modelo educacional que insiste em se manter

alguém das exigências da sociedade contemporânea. Trata-se de um sistema que contradiz os princípios de cidadania, quando expõe moralmente alunos valorizando os “melhores” e condenando os “piores”, como se eles existissem.

É uma proposta congruente com a abordagem educacional concebida por Locke (1690), que sugeria o aluno como uma tábula rasa, apenas recebendo conteúdos de forma unilateral. Ou, de forma análoga, em uma versão contemporânea, o “ensino bancário” cunhado por Freire (1970), que faz uma crítica ao sistema tradicional de ensino, destacando que o conhecimento é “depositado” no indivíduo e depois “sacado” de acordo com a necessidade.

A “nota” e a memorização são mais valorizadas do que a apropriação do conhecimento de fato. Souza (2001) aponta que

[...] a aprovação ou reprovação do aluno constitui foco central do processo de avaliação e a finalidade do próprio processo de ensino e aprendizagem. Os alunos não discutem o que estão aprendendo, se estão aprendendo, o sentido do que estão aprendendo, mas que nota tiraram, em que disciplina estão com ou sem ‘média’, (p.35).

Nas palavras de Luckesi²(2011), em relação ao ato pedagógico, “os exames são autoritários, as questões podem ser manipuladas em proveito de intenções. Pode-se, por exemplo, criar questões bastante complexas para que os estudantes não consigam responder a elas e, conseqüentemente, sejam reprovados” (p.202).

Nos corredores das escolas ou sala dos professores é possível ouvir expressões como: “Não aguento mais aqueles alunos...” ou “Meus alunos vão ver o que vou fazer com eles no dia da prova...” (LUCKESI, 2011, p .122). Trata-se de um misto de disciplinamento e punição no lugar de um ato fundamental em todo o processo ensino-aprendizagem: a avaliação da aprendizagem, que, segundo o autor, é um “juízo de qualidade sobre dados relevantes tendo em vista uma tomada de decisão (2009, p.69, grifos do autor).

A tomada de decisão refere-se a um conjunto de medidas que visam qualificar o processo com o objetivo de garantia de resultados de qualidade, ou seja, o aluno tem de aprender o que foi trabalhado em sala de aula.

² Cipriano Luckesi é considerado um dos maiores especialistas em avaliação da aprendizagem escolar. Foi professor, regularmente contratado, da Universidade Federal da Bahia, de 1972-2002. Dentre outras atividades, ministra palestras em todo o Brasil abordando esse tema.

Todavia, ainda existem professores que falam sobre o quão difícil é tirar uma “boa nota” na matéria que leciona ou mesmo “passar de ano” com ele, como se isso fosse sinônimo de qualidade. É uma prática seletiva, classificatória, excludente, ou seja, antidemocrática.

A individualidade e a diversidade cultural não são levadas em consideração como deveriam, os alunos têm de responder a um padrão de comportamento convencionalmente socialmente e que privilegia o status quo.

Essa política educacional que, além de tudo preconiza a “transferência enciclopédica visando o vestibular”, como refere Demo(2003), um modelo no qual se estuda para passar de ano, entrar no vestibular e, posteriormente, “arrumar trabalho”, como aponta Asbahr(2011), precisa ser questionado e repensado permanentemente.

Freire(2003) diz educar é mais que ensinar; é dar significado ao mundo, é impregná-lo de sentido. Por outro lado, Asbahr defende a tese: “para que a aprendizagem escolar ocorra, as ações de estudo dos estudantes devem ter um sentido pessoal correspondente aos motivos e aos significados sociais da atividade de estudo, no sentido da promoção do desenvolvimento humano” (2001, p.20).

Cortella(2002) com sua sólida vivência de sala de aula, em uma de suas obras, convida-nos a uma reflexão sobre as “nossas aulas”:

Já pensou jovens de 13, 14, 15 anos de idade, estão com os hormônios fervendo, o mundo para explorar, os corpos se modificando e ...nós os colocamos, por quatro horas ou mais dentro de uma sala, em móveis desconfortáveis de madeira, sem se mexer muito e silenciosos. Estando ali reclusos, passamos a ensinar coisas “interessantíssimas” para eles: a diferença entre um adjunto adnominal e um complemento nominal; a capital da Tanzânia; os afluentes da margem esquerda do rio Amazonas; o nome dos sete primeiros reis de Roma(os quatro latinos e os três etruscos); o que é uma mitocôndria; como se calcula a trajetória de um projétil disparado de um canhão; como se extrai raiz quadrada; e, para coroar, mandamos que leiam Amor e Perdição do Camilo Castelo Branco(com sua passionalidade trágica do século XIX). E eles não gostam muito; preferem, se conseguirem escapar, ir namorar, passear etc[...] (p.118),

Há certo exagero, como o próprio autor reconhece, mas pertinente a uma análise crítica para o entendimento do funcionamento de uma política educacional que, mesmo

com todos os indícios de insucesso, se estende e, reiterando, insiste em destituir crianças e jovens do seu direito de formação integral.

Cortella (2002), ainda afirma que “fica mais evidente que parte substancial do desinteresse (e da “indisciplina”) encontrado em muitos dos nossos alunos pode ser atribuído ao distanciamento dos conteúdos programáticos em relação às preocupações que os alunos trazem para a escola” (p.117).

Cesar (2003), reforça que esse sistema contribui para que as aulas sejam

“[...] mal preparadas, por professores que perderam o encanto de ensinar; diretores sobrecarregados de trabalhos burocráticos, autoritários e insensíveis à vivacidade da criança e do adolescente; ensino de qualidade rebaixada, que destrói o prazer de descobrir e conhecer”[...] “Escola-depósito de crianças e adolescentes”[...] (CESAR apud GUIMARÃES, p.11)

Assim, salvo raríssimas exceções, e mesmo com todo o aparato teórico-metodológico à sua disposição, a escola ainda continua vitimando aqueles que não encontram voz para defender a sua causa: crianças e jovens ainda são considerados vítimas da política educacional do processo de escolarização.

Souza (1996), refere que [...]“em boa parte de nossas escolas, os educadores acreditam que as crianças não aprendem porque são pouco inteligentes ou porque são emocionalmente problemáticas” (p. 36). Essa afirmação pode encontrar ressonância em Moyses e Collares, quando se referem a um sistema que classifica e seleciona, discrimina e exclui, favorece uns em detrimento dos demais, desrespeita o ritmo e a singularidade de cada indivíduo e, muitas vezes, isso é legitimado pelos testes de inteligência (1997).

No argumento de Patto (1997),, isso também aparece: alguns professores, coordenadores e administradores escolares têm como prática “encaminhar para diagnóstico os alunos que não correspondem às expectativas de rendimento e de comportamento que vigoram nas escolas” (p.47).

Para Asbahr (2011),

É comum, por exemplo, escutarmos professores dizendo que determinado aluno não aprende porque não tem maturidade, atribuindo-lhe expressões como: *idade mental inferior à cronológica; limitrofe; infantil; imaturo; "bobinho"*. Tais explicações expressam

uma profunda biologização da sociedade e da educação, que reduz ao aparato biológico do indivíduo a explicação de problemas advindos da situação social e educacional, culpabilizando a vítima pelo seu próprio fracasso. Ao dizer que determinado aluno é infantil ou imaturo, o professor remete a teorias do desenvolvimento infantil estudadas durante seu curso de formação que retratam o desenvolvimento humano como algo maturacional, linear, determinístico. E mesmo sem ter estudado profundamente tais teorias, são estas que embasam o trabalho docente. Sendo assim, apenas cabe ao professor esperar que seu aluno “amadureça” ou que seja “estimulado” adequadamente pela família. (p.37-p.38, grifos da autora)

Desse modo, a patologização³, recurso que visa atribuir às crianças e jovens, de forma velada, a culpabilidade pelo seu fracasso, encontrou meios de se consolidar em clínicas e consultórios de alguns profissionais da saúde. Considerada uma das formas mais perversas de exclusão, condena esses indivíduos a conviverem com o preconceito e com os estigmas deles decorrentes. Sofrem com a humilhação provocada pela negação do direito de aprender como os outros e, muitas vezes, com o rótulo decorrente de uma etiqueta psiquiátrica. Um meio sórdido de justificar a irresponsabilidade do Estado em comunhão com um sistema educacional ultrapassado que foi criado, em princípio, como ato político-ideológico e, por isso, precisa ser questionado permanentemente. Esse sistema ainda insiste em destituir parte da população dos direitos de igualdade.

Assistimos a uma busca crescente de padronização e uniformização de todas as pessoas; nesse processo, os que não se submetem têm sido submetidos a processos desgastantes, humilhantes mesmo, destinados a mostrar-lhes – e aos que circundam – que é mais tranquilo conformar-se e deixar-se levar...

Pessoas absolutamente normais, até serem diagnosticados/rotulados, ocupam os espaços de discursos e de ações que deveriam ser destinados ao acolhimento e atendimento daqueles que realmente tem problemas. A esses, sob a máscara da inclusão, restam cada vez menos corações e mentes efetivamente sintonizados com eles... Até mesmo os poucos recursos públicos a eles destinados tem sido objeto de cobiça dos que inventam e reinventam as **doenças do não aprender e do comportamento**.(MOYSES, 2011 p. 72, grifos da autora)

É importante refletir sobre as questões que envolvem a discriminação e o preconceito, principalmente porque estas formas de exclusão provocam uma dor moral a

³ Patologizar é transformar problemas de ordem político-social em doenças, transtornos ou distúrbios (MOYSES, 2011).

indivíduos indefesos e submetidos socialmente “pela expropriação violenta de sua normalidade” (Ibidem).

Como bem destaca Heller, “Crer em preconceitos é cômodo porque nos protege de conflitos, porque confirma nossas ações anteriores”(1988, p. 48 apud MOYSÉS, 2011).

Embora o paradigma atual implique a identificação de “culpados”, até o momento, os resultados demonstram que a “culpabilidade” não trouxe avanço; ao contrário, o número de crianças e jovens com dificuldade de aprendizagem aumenta significativamente. Assim, a solução do problema não está na “caça as bruxas”, como em uma visão maniqueísta de busca a culpados. É necessária uma atitude frente aos problemas relatados. Quem sabe não devemos começar pela assunção de responsabilidade e iniciativa, partindo daqueles que têm o conhecimento do assunto, aqueles que escolheram estar à frente do processo de ensino e aprendizagem: os profissionais de educação.

A justificativa do que foi aqui exposto pode estar em um movimento que insiste em manter uma tradição vinculada a um sistema mais próximo ao adestramento e que continua discriminando indivíduos que ainda nem se quer se reconhecem como tais, sujeitos de direitos.

E formar sujeito de direitos exige rigorosidade ética, a ética que Freire (2004), diz ser inseparável da prática educativa, aquela que “se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe”, e, digo eu, de modos diferentes de ser gente. E por falar em gente, continua ele

“gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além. A diferença entre o inacabado que não se sabe como tal e o inacabado que histórica e socialmente alcançou a possibilidade de saber-se inacabado”(p. 16).

Paulo Freire trouxe grandes contribuições para a Educação, portanto para encerrar esse trabalho transcrevo na íntegra uma última citação desse grande profissional da Educação:

Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-me no mundo. Se sou puro

produto da determinação genética ou cultural ou de classe, sou irresponsável pelo que faço no mover-me no mundo e se careço de responsabilidade não posso falar em ética. Isso não significa negar os condicionamentos genéticos, culturais, sociais a que estamos submetidos. Significa reconhecer que somos seres *condicionados* mas não *determinados*. Reconhecer que a História é tempo de possibilidade e não de *determinismo*, que o futuro é *problemático* e não inexorável (FREIRE, 2004, p. 19, grifo do autor).

A rigorosidade ética, a consciência do inacabamento, a responsabilidade e a negação à condição a que somos submetidos nos permitirá, enquanto Profissionais da Educação, contribuir com o desenvolvimento do humano no homem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. *Sentido Pessoal e Projeto Político Pedagógico: análise da atividade pedagógica a partir da Psicologia histórico-cultural*. 2005. 198f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- ARANHA, Maria Lucia de Arruda. *Filosofia da Educação*. 2.ed. São Paulo: Editora Moderna, 1997.
- BORTOLOTTI, Karen Fernanda da Silva. *O Ratio Studiorum e a missão no Brasil*. coord. Revista História Hoje, São Paulo: Associação Nacional de História. 2003. p. 1-21.
- CORTELLA, Mario Sérgio. *A Escola e o Conhecimento*. 7.ed. São Paulo: Cortez Editora, 1998.
- COVELLO, Sérgio Carlos. *A Construção da Pedagogia*. 2.ed. São Paulo: Edição da Sociedade Educacional João Amós Comenius, 1992.
- DEMO, Pedro. *Educação e Qualidade*. São Paulo: Papyrus Editora, 1994
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1970.
- HARPER, Babette ET al. *Cuidado, Escola! Desigualdade, domesticação e algumas saídas*. 14.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
- KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 9.ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2009.
- LUCKESI, Cipriano C. *Avaliação da Aprendizagem: componente do ato pedagógico*. São Paulo: Cortez Editora, 2011
- LUCKESI, Cipriano C. *Avaliação da Aprendizagem Escolar*. 20. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.
- MANACORDA, Alighiero. *História da Educação: da antiguidade aos nossos dias*. São Paulo: Cortez Editora, 1997.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso e COLLARES Cecília Azevedo Lima. *Inteligência Abstrata, Crianças Silenciadas: as avaliações de inteligência*. Psicologia USP 8(1), 63-90.1997
- _____. *Preconceitos no Cotidiano Escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem*. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar,(org), Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010

OLIVEIRA, Marta Kolh. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. 2ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.

PARO, Vitor Henrique. *Reprovação Escolar*. 2. ed. São Paulo: Editora Xamã, 2003.

PATTO, Maria Helena de Souza. *Para uma Crítica da Razão Psicométrica*. Psicologia USP, São Paulo, p.47-62, 1997.

_____, Maria Helena de Souza. *A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PENIN, Sonia Teresinha de Sousa. *Qualidade de Ensino e Progressão Continuada*. In USP Fala Educação, Myriam Krasilchik (organizadora). São Paulo: USP, 2000

REGO, Teresa Cristina. *Vygotsky. Uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1995.

ROUSSEAU, Jean Jacques. *Do contrato social, 1757*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 23. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

SOUSA, Marilene Proença Rebello. *A Psicologia no Imaginário da Escola*. In: ALVES, M.L., coord. *Cultura e Saúde na Escola*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, p.35-39, 1994.

_____. Marilene Proença Rebello. *Retornando à Patologização para Justificar a não Aprendizagem Escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo*. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar,(org), *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010

SCHWARCZ, Lilian Moritz. *O espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

VIGOTSKI, L.S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. *Construção do Pensamento e da Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Leia Mais para profissional do primeiro atendimento

1. O primeiro deles não por grau de importância, mas porque aborda o tema dislexia do ponto de vista da (des) construção do conceito, é: Dislexia – Visões ético-políticas

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/dislexia-visoes-etico-politicas>

2. Ler é fundamental e significativo quando incorporado no cotidiano das pessoas sem pressa ou pressão. Este próximo texto fala sobre a necessidade de boas parcerias na leitura: Capacidades leitoras e diferentes leituras

www.ifono.com.br/ifono.php/capacidades-leitoras-e-diferentes-leituras

3. Conhecer a vida do aprendiz para compreender que há mais a se considerar do que apenas aquilo produzido na escola é fundamental para a definição de um “diagnóstico” nas dificuldades de aprendizagem. Sugerimos o filme Como estrelas na terra toda criança é especial. Segue a resenha:

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/filme-como-estrelas-na-terra-toda-crianca-e-especial>

4. Alfabetização ou letramento? Este próximo texto é parte de uma pesquisa desenvolvida por Sousa (2010), *Influências de práticas letradas no desempenho escolar – discussões preliminares*, sob orientação da profa. Dra. Lucia Masini, PUC-SP. O primeiro capítulo explicita de modo bastante simples as diferenças entre alfabetização e letramento e o que devemos considerar no processo de aprendizagem.

ALFABETIZAÇÃO E LETRAMENTO

Durante muito tempo, foi o conceito de alfabetização que ditou os parâmetros de avaliação do cidadão quanto ao uso da escrita. A palavra “analfabeto” sempre foi muito usada para se remeter àquela pessoa que não sabe ler e nem escrever. Essa população também sempre foi preocupação dos governos, pois aquele que não dispõe da “tecnologia” de ler e escrever não pode exercer os seus direitos de cidadão, é marginalizado pela sociedade e não tem acesso a bens culturais de sociedades letradas e grafocêntricas (SOARES, 2009). O analfabetismo tornou-se bem mais difícil de ser caracterizado na medida em que as relações sociais tornaram-se mais complexas. Passamos a ter na sociedade pessoas que sabiam ler e escrever, mas não sabiam fazer uso dessa tecnologia.

De acordo com SOARES¹ (1998) , citado por GARCIA (2002)

“As pessoas se alfabetizam, aprendem a ler e a escrever, mas não necessariamente incorporam a prática da leitura e da escrita, não necessariamente adquirem competência para usar a leitura e a escrita, para envolver-se em práticas sociais de escrita” (p. 840).

Isto é, as pessoas se alfabetizam, mas não fazem uso da leitura e da escrita, não se envolvem nas práticas sociais letradas,

1 SOARES, M. B. *Letramento: um tema em três gêneros*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.

tornando-se assim pessoas alfabetizadas, mas não letradas.

A palavra letramento surge, então, da necessidade de mostrar que não basta apenas saber ler e escrever, mas também saber fazer uso da leitura e da escrita, saber responder a essa nova realidade social, ou nas palavras de SOARES (2009), “responde[r] adequadamente às intensas demandas sociais pelo uso amplo e diferenciado da leitura e da escrita” (p. 20).

SOARES (2009) diz que letramento é um conceito recém-introduzido no campo da Educação, das Ciências Sociais, da História e das Ciências Linguísticas, versão para o Português da palavra da língua inglesa literacy. Ao dar o sentido de letramento a autora diz:

“Letramento é, pois, o resultado da ação de ensinar ou de aprender a ler e escrever: o estado ou a condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita.” (pag. 18)

De acordo com GARCIA (2004), o fenômeno do letramento é uma prática social, inserida em vários contextos: familiar, escolar, religioso, dentre vários outros. O desempenho de cada cidadão, nas práticas letradas de sua comunidade, não depende exclusivamente de suas condições individuais em relação à leitura e à escrita, isto é, não depende exclusivamente do quanto se apropriou dessa tecnologia, o quanto compreendeu e assimilou do código gráfico. Depende das condições sociais de acesso e participação às práticas letradas correntes em sua comunidade. Quando assumimos esta perspectiva de analisar o letramento, quer seja de uma pessoa, quer seja de uma população, estamos adotando a concepção do modelo ideológico do letramento (KLEIMAN, 2006).

O modelo ideológico de letramento, descrito por STREET² (1984), citado por KLEIMAN (2006), pressupõe que há várias maneiras

de exercer o letramento, que as práticas de letramento são social e culturalmente determinadas e que os significados da escrita dependem dos contextos e instituições em que ela foi adquirida.

Adotar esta perspectiva de uso da leitura e da escrita traz consequências importantes para a educação, sobretudo num aspecto que é muito caro à área da fonoaudiologia: quais as causas das dificuldades de aprendizagem apresentadas pelos estudantes nos diferentes ciclos de ensino?

PATOLOGIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

Hoje em dia, muito se fala sobre os distúrbios de aprendizagem, relacionando-os exclusivamente ao indivíduo e à sua incapacidade de aprender a ler e escrever, ou seja, quando um aluno não aprende a ler e escrever é porque ele tem um distúrbio ou algum déficit de aprendizagem.

Direciona-se, assim, a responsabilidade do fracasso escolar ou baixo desempenho escolar para a saúde ou doença do aluno. Segundo Moysés e Collares (1985) esse é um grande mito que tem se espalhado, se ramificado em todas as direções. Embora o texto seja da década de oitenta, séc.XX, ele ainda se mostra atual nesta discussão. Segundo as autoras, não há relação causal entre os problemas de aprendizagem com os problemas de saúde da população, do modo como é apontado. Isso não significa dizer que não há doenças que interfiram nas atividades habituais do indivíduo e que possam influir no seu aprendizado. Significa alertar para o fato de que “as causas médicas do fracasso escolar não existem!” (página da citação)

Moysés e Collares (1994) também descrevem os termos medi-

calização e patologização da educação, os quais se referem a:

1. Medicalização é transformar questões não-médicas, que são sociais e políticas, em questões médicas. É uma concepção de ciência médica que centraliza o processo saúde-doença no indivíduo; assim, as questões medicalizadas são apresentadas como problemas individuais e não coletivos, sociais. Trata-se da biologização dos conflitos sociais.
2. Patologização é um termo mais abrangente que o primeiro, pois essa não é uma concepção apenas médica, mas também dos psicólogos, dos fonoaudiólogos, dos enfermeiros, dos psicopedagogos, isso porque o “fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites das práticas médicas”.

A partir dessa concepção, o professor, a escola e as políticas sociais são isentados de questionamentos sobre o fracasso escolar do aluno, sendo que este, e no máximo sua família, são culpabilizados pelo não-aprendizado, o que leva o próprio aluno a acreditar que ele não tem capacidade para aprender, que o fato de ele não aprender está relacionado apenas à sua pessoa, sendo, portanto doente.

E, nesta perspectiva, quando a escola identifica alunos com dificuldades, ainda que sejam no início da aprendizagem da leitura e da escrita, considera-os com problemas específicos de uma área que não a educacional e encaminha-os para os especialistas: psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos que, se não forem críticos a essa visão de

medicalização e patologização, só terão olhos para o processo individual deste aluno/paciente, trabalhando no sentido de readequá-lo à instituição escolar que o discriminou.

RESPONSABILIDADE COLETIVA DOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

A questão da patologização tem tomado tamanha proporção que parece não se levar mais em consideração a diversidade dos modos de aprender, singulares e construídos ao longo da vida, pelas parcerias criadas em diferentes situações. Modos que são determinados histórica e socialmente.

Masini e Perrotta (2009) dizem que as queixas de dificuldade de leitura e escrita são carregadas de histórias singulares que fazem toda diferença no processo terapêutico e, acrescentamos, também na aprendizagem. É necessário escutar a história de cada pessoa para compreender suas dificuldades; reconstruir alguns de seus caminhos percorridos, identificando seus conflitos e sofrimentos; e ofertar diferentes materiais de leitura e escrita, para saber como ela lida com eles.

As autoras ainda dizem que para lidar com as dificuldades de leitura e escrita é preciso estabelecer parceiros saudáveis, que respeitem a singularidade, compreendam os ritmos pessoais, reinventem e acolham modos de aprendizagem e de experiência com o conhecimento. Isso porque, como foi dito anteriormente, há diversidade dos modos de aprender, assim como diversos modos de ler e escrever um texto, dependendo da situação discursiva em que a leitura ou a escrita estejam inseridas.

Ler e escrever devem ter um sentido para quem o faz, sentido esse que vai além da aprendizagem do código formal, ou seja, deve fazer parte dos interesses de vida de cada um. Não é apenas escrever paratreinar o código gráfico ou ler para decodificar, mas sim o que a leitura e a escrita permitem a quem lê e escreve. Masini (2009) diz que pode-

mos contribuir para formação de leitores, e aqui ampliamos para escritores, mais capazes, mais potentes e cidadãos mais autônomos, se soubermos diversificar a oferta de situações e materiais escritos, além de entender e acolher as relações que esses estabelecem com esses materiais.

Pensemos nas novas tecnologias de comunicação. Elas têm nos dado diferentes possibilidades de leitura e escrita, as quais solicitam que seus usuários desenvolvam novas capacidades para utilizá-las. Valorizar a utilização dessas novas tecnologias, estabelecendo parcerias saudáveis, permite aos usuários uma aproximação à leitura e a escrita com potência e segurança para novas investidas no universo letrado. Perrotta e Masini (2010) dizem que essas tecnologias podem determinar nas pessoas a maneira de ser e estar no mundo e isso não deve ser desvalorizado.

Falar em diversidade de situações letradas nos leva ao conceito bakhtiniano de gêneros discursivos. Eles são caracterizados e determinados pelas esferas em que circulam: cotidiana, familiar, do mundo do trabalho, religiosa, escolar, acadêmica, científica, jornalística, publicitária, digital, literária e divulgação científica. Para se tornar um leitor proficiente é necessário conhecer diferentes gêneros. Quanto maior o domínio de um maior número de gêneros, melhores condições terá o falante, leitor e escritor de uma língua em compreender e se posicionar no mundo em que vive.

A aprendizagem da leitura e da escrita, então, passa pelo conhecimento das condições de produção de cada texto lido e também das propostas de escrita.

5. A mesma pesquisa, Influências de práticas letradas no desempenho escolar – discussões preliminares, de Sousa (2010)

sob orientação da profa. Dra. Lucia Masini, PUC-SP, afirma, em suas conclusões, que é possível estabelecer fatores de risco – que não os orgânicos - para um fraco desempenho escolar.

Em que medida a inserção em diferentes práticas letradas, na vida cotidiana, influencia no desempenho escolar de estudantes do ensino médio, na escola analisada?[localizada no distrito Cidade Tiradentes, Extremo Leste de São Paulo]

De acordo com os dados obtidos, verificamos que os alunos utilizam diferentes possibilidades de leitura e escrita. De fato, estudantes que apresentam melhor desempenho na escola parecem se sentir mais à vontade para vivenciar situações discursivas em que a leitura e a escrita estejam presentes de maneira diversa. Leem e escrevem na escola e no trabalho, mas também em outros contextos, relacionando essas escritas a interesses que tenham na vida. Partilham suas dúvidas e dificuldades com outras pessoas mais experientes e também fazem uso de outros recursos que sugerem certa autonomia na leitura e na escrita. Buscam referências locais e externas, pesquisam na internet e em outros livros. Valem-se da leitura para a escrita.

Não é tanto o acesso aos materiais de leitura e escrita que diferencia os estudantes dos desempenhos escolares descritos nesta pesquisa, mas fundamentalmente o modo como eles se aproximam de diferentes contextos discursivos. À medida que piora o desempenho escolar, mais distante fica o estudante da diversidade de usos e funções da leitura e da escrita. As práticas vão ficando cada vez mais restritas às funções empráticas mais simples, como registro do número de telefones e lista de compras; às ligadas ao entretenimento como cruzadinhas e jogos de vídeo game e às institucionais obrigatórias, como lição de casa e tarefas do trabalho.

Dois dados nos pareceram muito relevantes nos grupos de alunos com desempenho regular e fraco. Um deles se refere aos recursos utilizados diante das dificuldades. Novamente, à medida que piora o desempenho, menos os estudantes recorrem a parcerias para tirarem suas dúvidas ou partilham seus textos. O caminho apontado mais recorrente foi o do abandono da atividade, seja de leitura ou de escrita.

O outro é o sentido atribuído à leitura e à escrita. Na mesma proporção citada acima, a relação dos alunos com a diversidade de situações em que a leitura e a escrita estão presentes está atravessada pelo uso da leitura e da escrita no ambiente escolar, não permitindo assim que eles possam se movimentar por entre essas outras possibilidades. Isto também foi observado entre os estudantes de ótimo desempenho. Falando de outra forma, a partir de exemplos concretos, um estudante lê um romance, que é de seu interesse, mas o que fica de importante é o fato de que essa leitura pode ajudá-lo a melhorar a dicção das palavras. Para outro escrever é importante para melhor memorizar o que aprendeu. Não estamos dizendo que esses usos não sejam válidos, mas a leitura e a escrita na vida não podem servir apenas às tarefas escolares.

Esperávamos, a princípio, que os resultados fossem o inverso do que observamos nesse sentido, ou seja, as práticas da vida ganhando força dentro da escola, pois ela, como “uma das mais importantes agências de letramento” (GARCIA, 2004), deveria explorar os usos cotidianos de leitura e escrita, usados fora do ambiente escolar, para formar leitores e escritores proficientes, ao invés de usá-las apenas de maneira formal e sistemática.

Avaliamos que não nos foi possível responder a pergunta inicial,

já que o indício maior é o de que é a escola, com seu modo escolarizado de trabalhar a escrita, que se faz presente na inserção dos estudantes em diferentes práticas letradas e não as diferentes práticas letradas influenciam no desempenho escolar.

No entanto, com os dados obtidos, acreditamos ser possível delinear alguns fatores de risco para a queda no desempenho escolar: distanciamento de práticas letradas variadas, ausência de parcerias que contribuam positivamente para o aprendizado da escrita e consequente desistência diante de dificuldades, sentidos para a leitura e a escrita distantes dos interesses pessoais.

E o que o fonoaudiólogo pode fazer para intervir nesse quadro? Sendo um profissional voltado para a promoção da saúde, mais do que atender terapeuticamente os estudantes marcados por sucessivos fracassos escolares, o fonoaudiólogo pode, munido de dados tais quais discutidos nesta pesquisa, propor ações fonoaudiológicas, no contexto escolar, que visem:

1. a valorização e utilização dos modos de leitura e escrita usados no cotidiano como práticas discursivas sociais;
2. à capacitação dos professores no trabalho com a leitura e a escrita que viabilize a entrada efetiva dos diferentes gêneros discursivos na escola;
3. à capacitação dos professores para uma avaliação mais qualitativa dos alunos em relação aos seus letramentos e ao desempenho escolar.

E isso tendo em mente a região em que a escola está situada. Vale citar que os jovens participantes desta pesquisa, independentemente de seus desempenhos escolares e de serem trabalhadores ou não, frequentam as instituições do entorno da escola. Estar atento aos trabalhos que nelas são desenvolvidos

é um aspecto que merece destaque e que deve fazer parte do conhecimento do professor. Isto porque quando analisamos, por exemplo, os dados sobre uso de escrita, os que corresponderam ao uso de produção, em que o jovem parece se sentir mais autor de sua escrita (letras de música e peças teatrais), estão relacionados à frequência em instituições culturais da região. Dentre elas, destacamos a recorrente referência ao Pombas Urbanas e a existência de um estúdio de gravação de Cds.

A escola não poderia, por exemplo, ser promotora, em parceria com essas instituições, de festivais de cultura jovem, fortalecendo em seus alunos o protagonismo, a autoria e a autonomia do uso da leitura e da escrita trabalhando de forma real com gêneros discursivos do real interesse dos alunos?

Cidade Tiradentes é uma região marcada pelo estigma da violência, como vimos no início deste trabalho, mas também tem sido recentemente alvo de investidores, que parecem apostar nas novas possibilidades econômicas e sociais da comunidade. Assim, acreditamos que a escola deva assumir um papel de fortalecer seus jovens moradores para que possam com capacidade e alta autoestima, desenvolverem-se, criarem vínculos sociais com a região e exercerem a cidadania.

Leia Mais para agentes comunitários

1. O filme Como estrelas na terra toda criança é especial traz uma reflexão a respeito da necessidade de se conhecer a história da criança que apresenta dificuldades escolares para, ao invés de trabalhar nas limitações, ampliar suas potencialidades. Vale conferir também a resenha do filme em:

<http://www.ifono.com.br/ifono.php/filme-como-estrelas-na-terra-toda-crianca-e-especial>

2. Aprender a ler e a escrever passa pelas práticas escolares sim, mas é de fundamental importância saber como são as práticas letradas no ambiente familiar. Estamos aqui falando do conceito de letramento e parte do Minicurso **A criança e a construção da escrita: de que modos a criança aprende a ler e a escrever**, ministrado por Lucia Masini, no II Seminário Internacional: A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos, pode ajudá-lo nesta tarefa:

O primeiro conceito fundamental para a compreensão de uma visão sociocultural de construção da escrita é o de LETRAMENTO.

Até a primeira metade do século XX, ler estava associado a um processo perceptual de decodificação de grafemas em fonemas para se chegar ao significado do texto. Nesta perspectiva, a aprendizagem da leitura estava limitada à alfabetização. Por um processo de identificação de grafemas associados a fonemas, os aprendizes associavam letras a sílabas, sílabas a palavras, palavras a frases, frases a textos. Ler bem era ter fluência na leitura.

Ler é significar

A compreensão da leitura foi por muito tempo deixada para segundo plano no trabalho escolar, como se fosse um trabalho de geração espontânea. Saber ler o código gráfico era suficiente para se extrair os significados.

Mas para ler os textos que circulam na vida, a decodificação não é suficiente, pois os sentidos variam de situação para situação. É preciso compreender seus contextos de produção, quais as intenções dos autores, qual o público alvo, em que esferas circulam o texto.

As práticas de leitura na vida são variadas

E é dentro deste contexto que surge o conceito de letramento. Entende-se por letramento o conjunto de eventos/práticas sociais em que a leitura e a escrita estejam presentes. E por serem cada vez mais diversas tais práticas, não se fala mais em letramento e sim em letramentos.

Eventos letrados

Desde que nascemos somos inseridos em situações letradas. Nossa sociedade atual, inclusive, é altamente letrada e nossas crianças são inseridas em diferentes contextos que exigem delas o desenvolvimento de competências diversas. Assim, podemos ter uma criança pequena que não lê efetivamente as palavras porque ainda não iniciou seu letramento escolar, mas que sabe o valor de um texto escrito por sua mãe, ou tem a postura de um leitor proficiente diante de um livro ou ainda se vira muito bem na internet.

É importante entender a amplitude da diversidade de situações letradas na nossa sociedade atual. Quando falamos em situações letradas, estamos muito acostumados a pensar somente em leituras de livros, revistas ou jornais, escrita de cartas, listas de supermercado, além das ativi-

dades de trabalho ou escola. Mas, de fato, elas são inúmeras e das mais variadas, inclusive na casa de cada um.

Os modos como crianças são inseridas em situações letradas, inicialmente em suas famílias e depois em contextos sociais mais amplos, permitem ao aprendiz perceber (ou não) o sentido da alfabetização. Quanto mais sentido tem ler e escrever na vida de cada um, mais condições terá o aprendiz de se apropriar do mecanismo básico da escrita.

Necessidade de se levantar o perfil do letramento familiar

Assim, num processo educacional formal, é de fundamental importância o conhecimento do perfil de letramento de cada criança e esse conhecimento não pode ser carregado de um preconceito ou prejulgamento generalizante, isto é, os perfis de letramento não são predeterminados por classificações genéricas como, por exemplo, classes sociais. Uma afirmação como crianças das classes populares têm baixo grau de letramento é apenas um preconceito; não tem nada de científico ou construto teórico.

Categorização proposta por Erlich (1983), apud Rojo (1995; 1998), que desenvolveu uma classificação das práticas sociais discursivas a partir das seguintes funções:

Empráticas: uso da linguagem oral ou escrita para tarefas práticas cotidianas como: pedir uma informação, pagar uma conta, preencher um cheque, deixar um bilhete, fazer uma lista, consultar um guia, usar uma agenda, pedir um café etc.

Institucionais: uso da linguagem oral ou escrita exigido e regido por uma instituição ou por um lugar social. Por exemplo: uso de ata, controle financeiro, controle de estoques, diário de classe, chamada, sermão, palestra, entrevista de emprego, pronunciamento, debate político, livro-caixa, discurso do advogado e também a escrita escolar.

Homílicas: uso da linguagem oral ou escrita ligado à diversão e ao entretenimento, como caça-palavras, sudoku, ouvir um CD, assistir novelas, conversar, ler gibi, brincar de casinha, de escolinha, de “faz de conta” entre outros.

Produção: acúmulo e transmissão da informação e do conhecimento, que é o uso da linguagem oral ou escrita para leitura crítica e produção escrita.

A aprendizagem não pode ser padronizada

Quais são as práticas discursivas mais recorrentes em cada uma das famílias das crianças que compõem uma sala de aula? Só de pensar nessas possibilidades já dá para perceber que a aprendizagem não pode ser padronizada.

O ponto de chegada, assim como os caminhos percorridos jamais serão idênticos, porque não são idênticos os processos de vida de cada um. E se a escola quer alguma uniformização de conhecimento de sua classe que procure inserir, na sala de aula, diferentes práticas sociais letradas vividas no cotidiano das crianças, e não lide apenas com o letramento escolar, pois ele é exclusivo do ambiente escolar e sua apreensão, por parte dos alunos, depende da construção do conhecimento pregresso de cada um.

Ao professor também cabe essa compreensão da história de cada criança e de seus letramentos para efetivamente produzir um plano de trabalho que inclua todos no processo de aprendizagem.

3. O texto anterior falou da necessidade de se conhecer as práticas letradas familiares, mas é de igual importância conhecer as práticas letradas da comunidade em que vivem os aprendizes em processo de escolarização. Este próximo texto é parte da pesquisa intitulada **Rede de ações sociais e o impacto no índice de letramento em duas comunidades da zona sul de São Paulo: estudo para ações fonoaudiológicas prospectivas**, desenvolvida por Gomes e Ribeiro (2008), sob orientação da profa. Dra. Lucia Masini PUC-SP e traz uma reflexão acerca de índices de letramento de duas diferentes comunidades de São Paulo. Apesar de ser uma pesquisa que aponte ações da área fonoaudiológica, o caminho de compreensão da dinâmica das comunidades e o impacto na vida de seus moradores é salutar para outras categorias profissionais.

Duas comunidades da Zona Sul de São Paulo foram escolhidas: **Varginha** e **Paraisópolis**. O contraste entre elas foi um dos critérios de escolha. Embora situadas na mesma região, apresentam realidades distintas.

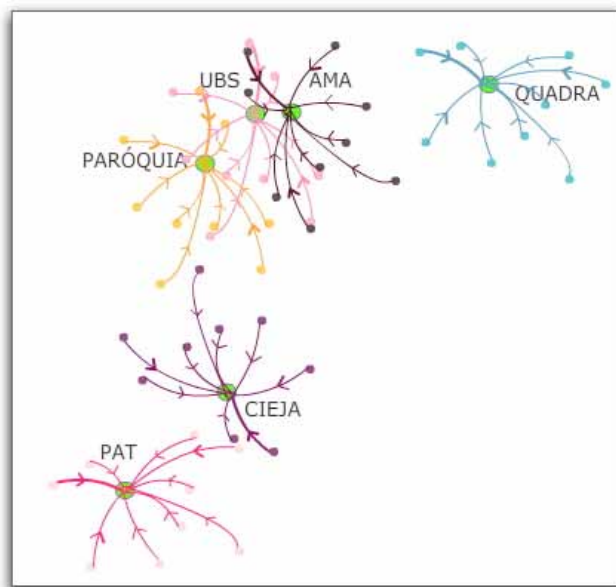
Varginha: Localizada a 40km do centro da cidade, configura-se como bairro dormitório. Não há oportunidades locais de emprego. Não há agências bancárias nem de correios. Não há bibliotecas, nem salas de cinema. Há igrejas de diversos credos, padarias, farmácias, mercearias, açougues, postos de saúde e bancas de jornal. Poucas instituições oferecem atividades educacionais e de lazer à população. A maioria das construções é de alvenaria, mas há quem more em condições de extrema pobreza, o que faz de Varginha uma região muito heterogênea, pois convivem no mesmo território famílias de grupos sociais distintos.

Paraisópolis: Situada no meio do bairro Morumbi, região nobre da zona Sul da cidade de São Paulo, a comunidade de Paraisópolis tem uma relação de interdependência com seu entorno: alimenta a região que a circunda com mão de obra para serviços gerais e é alimentada por ela por meio de ações sociais que oferecem serviços de utilidade pública na área da saúde, educação e lazer. Há bibliotecas, lanhouses, comércio geral, farmácias, açougues, casas de show, igrejas de diversos credos, UBS, escolas, creches e telecentro. A favela de Paraisópolis possui construções de alvenaria, mas ainda existem barracos e moradias onde várias famílias co-habitam. Os moradores encontram oportunidades locais de trabalhos, seja como empregados ou donos de seu próprio negócio.

Resultados:

Sobre a formação de uma rede de ações sociais

Varginha

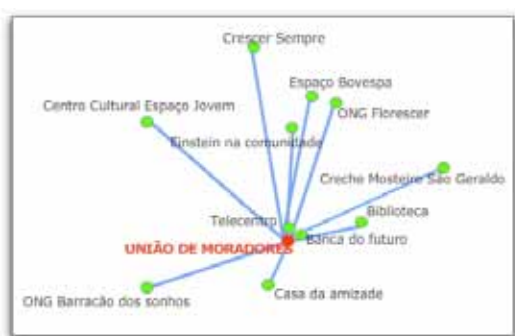
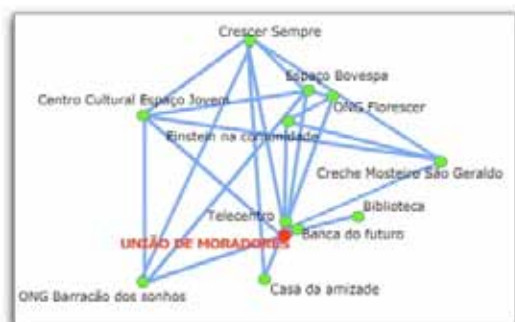


Embora significativos trabalhos aconteçam na região, não há formação de rede de ações. As ações se realizam de forma isolada e não há fluxo de usuários entre as instituições. Po-

de-se falar em público cativo e fiel que frequenta sempre a mesma instituição e se vale daquilo que ela pode oferecer.

Consequência disso: A circulação de informação é feita boca a boca, o que imprime nas pessoas um sentimento de que a responsabilidade é pessoal. Assim, a idéia dos usuários de que falta interesse pessoal para que os programas oferecidos pelas instituições funcionem é perversa, pois inverte a lógica da responsabilidade do fluxo da informação, que deveria ser uma preocupação, sobretudo institucional e pautada nos interesses da população, e não individual.

Paraisópolis



Fluxo de informações segundo os gestores

Fluxo de informações segundo os usuários

A União dos Moradores, instituição considerada central na co-

munidade, segundo seus gestores, acredita fazer um trabalho em rede, na medida em que estabelece contato com os gestores de outras instituições. No entanto, do ponto de vista do usuário, a União apenas intermedeia a relação do usuário com outras instituições, sem que haja efetiva circulação de informações.

Consequência disso: Uma rede de ações sociais ainda está se estruturando e para que se torne eficaz para o usuário é preciso que seus elos não se caracterizem só do ponto de vista da intermediação, mas também da informação, fazendo com que o fluxo de informações permeie toda a rede.

Sobre o letramento das comunidades de Varginha e Paraisópolis

De modo comparativo, encontramos os seguintes resultados:

As práticas de leitura mais recorrentes são as que envolvem o entretenimento com a principal motivação. Razões para tal: material de fácil acesso e baixo custo, caracterizado por textos breves, de estrutura simples, construídos com uma linguagem coloquial, geralmente seguidos de ilustrações e destinados a atividades lúdicas com a palavra. Isto facilita a compreensão, o que é importante, na medida em que ambas as populações mostram um nível de leitura bastante primário, com dificuldades referidas ainda da ordem da decodificação e compreensão.

Aspecto positivo: o que fica destas leituras, para pessoas de ambas as comunidades, independente de gênero ou faixa etária é a apreensão de informações. Assim, entendemos que a leitura de textos simples e de fácil acesso está servindo ao propósito de construção de conhecimento. Como consequência, se a primeira leitura foi motivada pela diversão e esta despertou o interesse pelo conhecimento, não há leitura inadequada quando feita com sentido. Por mais que possa parecer pouco instrutiva ou pautada na pura diversão, se faz sentido para

quem lê pode vir a ser um potencializador de novas leituras.

Aspecto negativo: não observamos continuidade na busca das leituras, fenômeno diretamente relacionado às condições sociais em que vivem as duas comunidades. Em Varginha, não há salas de leitura ou bibliotecas acessíveis à população em geral. Trabalhos realizados nas instituições são marcados pelo isolamento e ainda que mostrem eficácia no âmbito da instituição, não potencializam os usuários rumo à autonomia. Embora em Paraisópolis exista uma rede de trabalhos importantes que visa melhores condições de vida para a população, pessoas que buscam aperfeiçoamento conseguem-no a partir de iniciativa pessoal e não por apoio de uma rede institucional. Não existe, em ambas as comunidades, um trabalho efetivo de mediação de leitura. Existe a oferta de material de leitura, mas sem uma mediação efetiva, não há procura por este material.

Em relação à escrita, em ambas as comunidades, **a maioria absoluta refere escritas realizadas em funções do dia a dia, situações em que a escrita se apresenta como prática e efêmera.** Não há referência, por parte da população, a dificuldades porque não há exigência nem da situação, nem dos leitores a quem estas escritas se dirigem. As escritas são muitas vezes da ordem do automático (como assinar cheques), de estrutura simples (como lista de compras ou anotações na agenda), por vezes apoiadas na cópia (anotação da informação dada no painel da instituição).

Em ambas as comunidades, é forte a tradição oral de comunicação, o que coloca a escrita em uma posição de prática social pouco utilizada. Vemos como exemplo disso a questão dos contratos de locação. Há um número significativo de pessoas que moram de aluguel e, entre os entrevistados, vimos que apesar de grande maioria reconhecer o gênero contrato de locação, um número reduzido dessas pes-

soas utiliza-o em seu cotidiano. Nesta situação, a escrita tem sido sempre que possível substituída pelo acordo oral.

Aspecto negativo: É de certa forma preocupante observar que nem as pessoas que estão nas faixas próprias da fase da educação formal referiram uma prática de escrita diferenciada: ou escrevem o que é obrigação de seu trabalho ou escola, ou usam a escrita apenas para situações comuns do cotidiano.

Conclusões e ações fonoaudiológicas possíveis:

A inexistência de uma rede efetiva de ações sociais contribui para a diminuição da eficácia de trabalhos bem sucedidos isoladamente, em ambas as regiões. A população de ambas as comunidades deseja partilhar informações que adquire através das leituras realizadas, não só como troca, mas também como forma de instrução. Há certo movimento de agregar valor às informações adquiridas, no entanto, se isso depende exclusivamente do plano individual, tende a se perder. Entendemos que, se houvesse, aos olhos da população, um fluxo de informações entre as instituições (uma vez que aos olhos dos gestores isso parece acontecer, como observado em Paraisópolis), esta iniciativa até aqui pessoal de partilha de informações poderia crescer e transformar-se contribuindo inclusive para o incremento do letramento da população.

Entendemos que há um movimento, ou melhor, um desejo latente nas comunidades estudadas, em prol de uma superação de suas dificuldades e de uma formação mais elaborada de conhecimentos. Buscas individuais foram detectadas sem continuidade. Observamos carência e necessidade da população de práticas discursivas letradas que não aparecem ainda como uma reivindicação concreta, mas que foi possível identificar como um movimento latente desta população.

Ações fonoaudiológicas direcionadas ao incremento do letramento da população, tanto de Varginha, quan-

to de Paraisópolis são necessárias. É importante considerar: criação de parcerias nas atividades letradas; fomento à leitura e à escrita a partir de motivações pessoais.

Em Varginha, ações que envolvam todas as faixas etárias em práticas letradas, já que há uma expressiva demanda para um trabalho com a leitura e a escrita.

Em Paraisópolis, ações que envolvam principalmente a população mais velha, uma vez que ela se apresenta ociosa e excluída das ações já existentes.

Em ambas as comunidades, as ações fonoaudiológicas devem propiciar a vivência de práticas letradas diversas e significativas que direcione o cidadão para fora dos muros da instituição de origem, para buscar novos horizontes, impulsionando, assim, a população rumo à autonomia.

Possibilidades de enfrentamento da onda de medicalização da aprendizagem: práticas substitutivas no campo da Fonoaudiologia

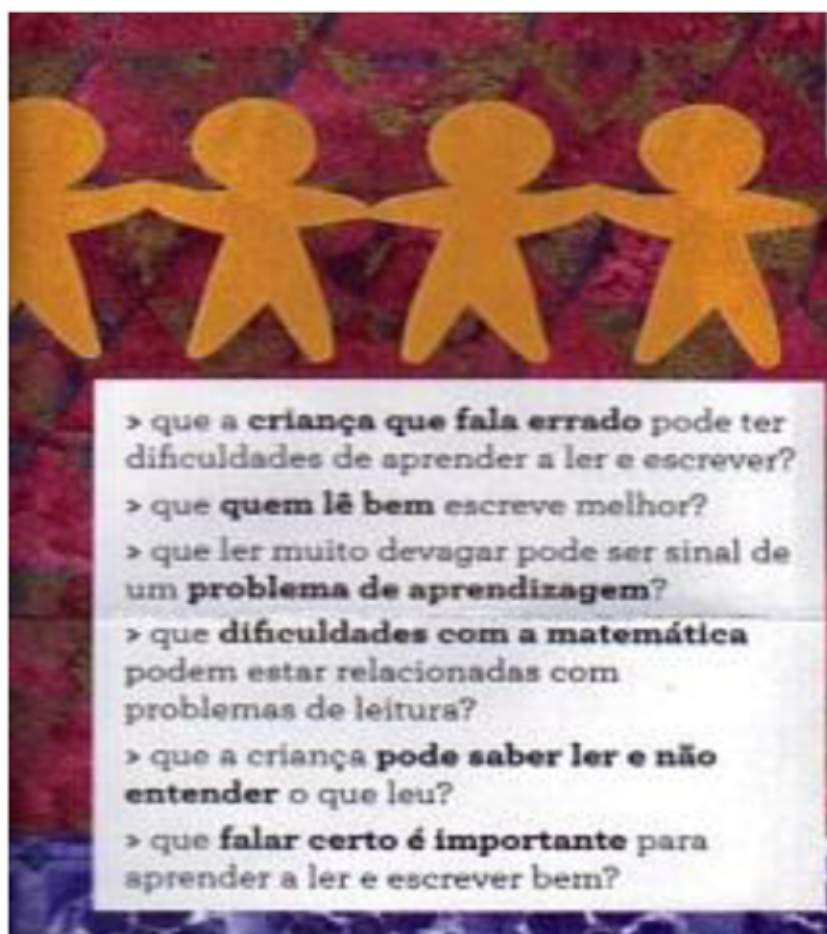
Claudia Perrotta

Texto apresentado no I Encontro Internacional e I Seminário Baiano Medicalização da Educação e da Sociedade

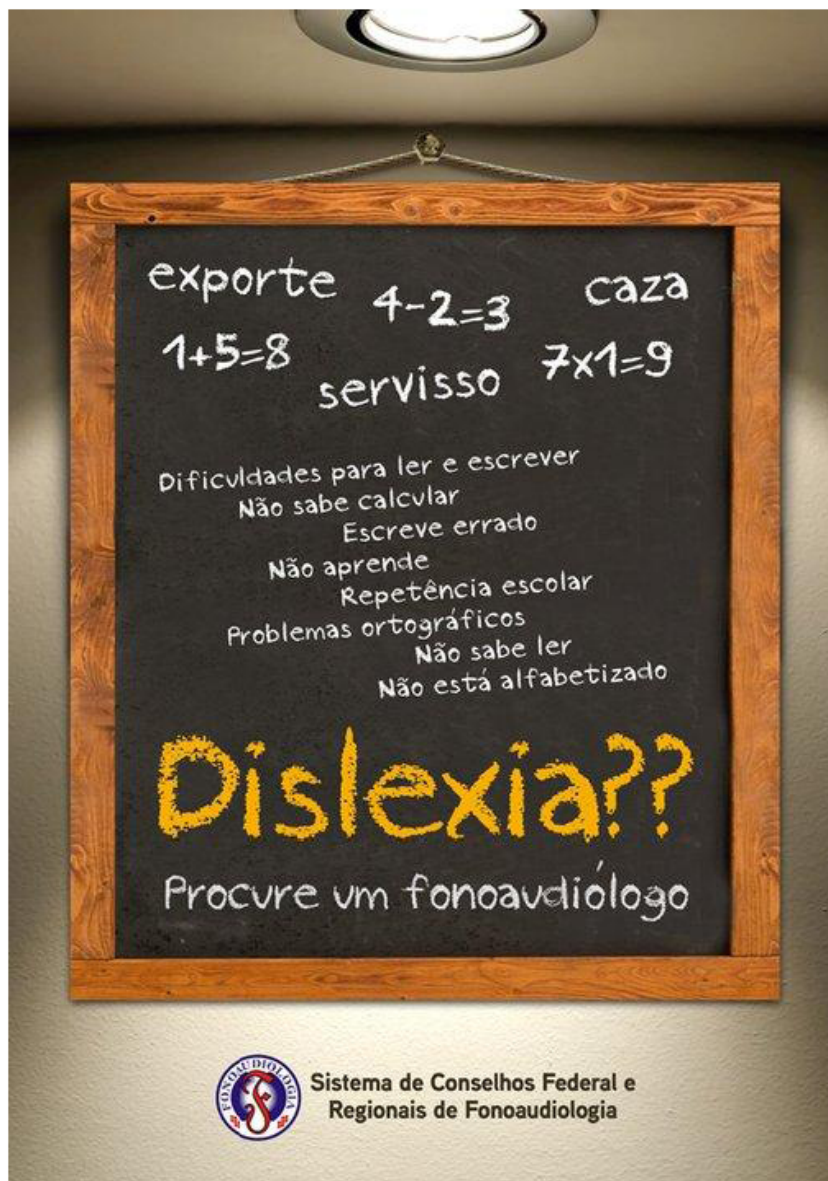
Agradeço imensamente o convite para compor esta mesa. Estou aqui representando a Associação Palavra Criativa, membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Nossa Associação é composta por fonoaudiólogos que, já desde os anos 80, vêm legitimando outras práticas com linguagem na área, questionando a tendência à patologizar processos naturais e saudáveis de constituição da escrita.

Início então formulando a seguinte questão: Como a área pode, com seu instrumental, propor estratégias de enfrentamento dessa verdadeira onda de medicalização dos problemas de escolaridade, presente na sociedade contemporânea?

Na verdade, a fonoaudiologia tradicional não formula essa questão. Trata-se de uma prática apegada aos paradigmas médicos que originaram a profissão. Nessa perspectiva, se além à doença, ao distúrbio, ao transtorno, buscando a classificação do erro, a nomeação da dificuldade e a caracterização do tipo de atraso. Para ilustrar o que estou dizendo, trago então alguns exemplos de matérias de divulgação da área:



1. **Panfleto da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, que circulou quando a área comemorou 30 anos de regulamentação, tendo como objetivo divulgá-la ao grande público. Dentre vários equívocos na maneira de abordar a linguagem, alguns são muito gritantes, como a ideia de que a criança que fala errado pode ter dificuldades para aprender a ler e escrever, remetendo à proposição de que a escrita seria meramente uma transcrição da oralidade; ou de que “ler devagar” pode ser sinal de problema de aprendizagem, suposição vaga e imprecisa que desconsidera ritmos diversos e pessoais de apreensão de conteúdos, reduzindo o ato de ler à decodificação. Por fim, novamente a ideia de que é preciso falar corretamente para ler e escrever bem, criando uma falsa relação de pré-requisito no desenvolvimento da linguagem. Chama a atenção o uso do termo “pode”, talvez para modalizar a ideia de patologia, mas que, na verdade, afirma esse discurso da desconfiança, orienta o olhar do adulto para a criança, numa linha de: fique alerta, qualquer sinal pode ser indicativo de problema.



2. **Cartaz divulgado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia:** os equívocos são ainda maiores. Aqui, a existência da dislexia é afirmada em função de erros ortográficos, que aparecem fora de contexto e são, na verdade, totalmente esperados no processo de constituição dessa linguagem, como aqueles referentes à representação múltipla do som /s/. Aliás, como todos sabem, menos os autores do cartaz, a palavra **exporte**, com x, conjugação do verbo *exportar*, existe, mas aqui aparece como exemplo de erro indicativo de doença! Enfim, são dúvidas plausíveis, que podem acometer mesmo os escritores mais maduros, bastando a disposição para conferir a grafia das palavras. O cartaz é, portanto, simplista ao afirmar os “nãos”, genéricos e sem contextualização: *não sabe calcular, não aprende, não está alfabetizado*.

"A dislexia é uma condição de aprendizagem que não tem uma resolução definitiva. A criança pode ser escolarizada, mas sempre vai existir a dificuldade em absorver alguns conteúdos. Então, o acompanhamento tem de ser permanente", afirma. "Em países como Inglaterra e Estados Unidos, o fonoaudiólogo acompanha a criança com dislexia ao longo de toda sua vida acadêmica", exemplifica Ana Luiza Navas.

3. Por fim, temos um trecho da **matéria da Revista Comunicar**, intitulada "Dislexia tem tratamento", também do Conselho Federal de fono, em que é atribuído ao profissional da área um status superior ao dos outros de uma equipe multidisciplinar. O fono seria o mais apto e que poderia garantir a existência da doença. Aliás, uma doença que, segundo a matéria, não tem cura, necessitando de acompanhamento para o resto da vida, o que, claro, garante um lugar ao sol eterno para o fonoaudiólogo.

Vejamos então como esse discurso que afirma a doença acaba penetrando no universo escolar, levando não raras vezes a um olhar enviesado do professor sobre a produção do aluno, caracterizando e antecipando dificuldades que absolutamente não existem.

Temos aqui um trecho de Relatório de Escola (dita construtivista):

Apesar de ter melhorado em relação ao período anterior, M. **ainda cometeu erros** de ortografia, relacionados às questões já trabalhadas, como, o uso do C e QU; M e N ou do til para nasalizar vogais. Diversas vezes, **omitiu ou trocou** letras, escrevendo, por exemplo, BISICLETA para BICICLETA. Também **continuou apresentando erros** na separação das palavras, por exemplo, escrevendo OU TRO para OUTRO, CHASCI para JÁ SEI, RE BANHO para REBANHO. Ao rever seus textos **precisa que indiquemos onde há erros**. Em algumas ocasiões é capaz de corrigi-los, mas em outras só o faz com **apoio de um adulto**.

Idade de M: 7 anos! Ou seja, todos os erros *ainda* cometidos, como omissões, trocas, segmentação de palavras, são lógicos e mostram apenas que essa garotinha está em franco e saudável processo de apropriação da escrita. Novamente, temos o exemplo de representação múltipla em *bicicleta* e *chasci* – neste último, aliás, M. experimenta usar o **SC**, indicando que tem conhecimento da existência dessa possibilidade para o som /S/. Na verdade, trata-se de um requinte no uso do objeto escrita, mas que obviamente não foi valorizado no relatório. Em *re banho*, temos a experimentação em relação a como segmentar as palavras na escrita, lembrando que a palavra *banho* existe; o mesmo acontece em *ou tro* – ou é palavra, bem comum, por sinal Ou seja, há lógica no que é apressadamente, mais uma vez, visto apenas como “erro”.

Embora a escrita não seja transcrição da oralidade, guardando suas especificidades, há sim um momento inicial de apreensão em que é absolutamente natural que a criança tome a fala como referência para escrever, o que leva a experimentar segmentações. Mas vejam que essa garotinha já tem conhecimento de que, na escrita, ao contrário da oralidade, há blocos de palavras.

Qual o problema de, com 7 anos, necessitar da mediação/parceria de um adulto para ir adiante na construção desse conhecimento? Não seria essa uma função de cuidado a ser exercida pelo professor?

Interessante destacar ainda que em todo relatório não há qualquer exemplo de produção completa dessa criança, nenhum texto ou referência a suas capacidades de usar a escrita em situações concretas de comunicação, como neste bilhete que produziu comigo, em que mostra essa competência:

Bia Fabiane só você vai ganhar na clace um presente não conta para niguem ta

Vamos ver agora um trecho de relatório fonoaudiológico, de avaliação de Processamento Auditivo:

... A psicopedagoga encaminhou para a psiquiatra que **diagnosticou** um Transtorno do Déficit de Atenção.

... O pai da menor, apresenta características de **dificuldades atencionais similares as da menor.**

... Em relação aos dados sobre o Processamento Auditivo, a menor se incomoda com ruído elevado, **tem dificuldade** em acompanhar ordens auditivas, “parece que fala com ela e ela não ouve” (sic – mãe), **demora ao fornecer as respostas** tanto auditivas quanto as que envolvem a parte motora, **não participa e não questiona em sala de aula**, apresenta baixa auto-estima, **têm prejuízos em reter informações** ao estudar, assimilando apenas parte do conteúdo, solicita frequente repetição da mensagem, **tem dificuldades na compreensão da leitura**, além de se **dispersar com muita facilidade.**

E as Recomendações:

- ❖ Assento preferencial em sala de aula, distante de portas, janelas e centralizado, no qual a aluno tenha uma boa visão do professor.
- ❖ Procurar se comunicar em ambientes o mais tranquilo possível (sic), sem muitos elementos auditivos e visuais competindo.
- ❖ Obter a atenção da menor antes de dar instruções.
- ❖ Utilizar um bom modelo de linguagem com articulação e velocidade adequadas, aumento do volume da voz ou com ênfase na entonação.
- ❖ Utilizar frases simples e objetivas.
- ❖ Solicitar a repetição do que foi dito para averiguar se de fato a mensagem foi totalmente compreendida.
- ❖ Uso de figuras e gestos que representem a mensagem verbal.
- ❖ Intervalos ou pausas para a aluno em sala de aula na medida do possível com o intuito de evitar a sobrecarga auditiva e, com isso, a distração .
- ❖ No decorrer do tratamento as condições ambientais e o grau de exigência serão reimplantados.
- ❖ Avaliação fonoaudiológica com o intuito de avaliar as habilidades linguísticas e metalinguísticas.

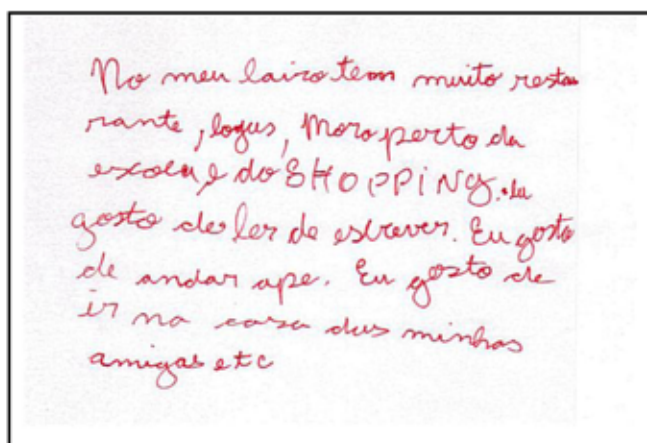
Esse relatório me foi enviado pelo padrasto da garota, um educador que tem se posicionado contra essa invasão de especialistas no universo escolar. Eis sua solicitação: *Rosana mudou de escola, levando consigo algumas dificuldades cuja extensão ainda não sabemos dimensionar e nem como ajudar efetivamente. Peço sua ajuda profissional para ao menos avaliar a avaliação de processamento auditivo que ela fez e talvez me dar dicas de como proceder daí para a frente.*

Após ler o relatório, respondi: *Nos últimos dias, este é o terceiro relatório/avaliação que leio com o mesmo teor e na mesma perspectiva medicalizante, patologizante, fico realmente indignada com o desprendimento com que esses profissionais classificam essas crianças, desse modo tão assertivo. O que essa avaliação propõe é treinamento (mediocre, diga-se) e, ainda, uma forma de tratar a Rosana que só reforça possíveis dificuldades bem questionáveis, e a coloca no lugar de doente, “cola” uma identidade, inclusive hereditária, com essa referência à mesma característica do pai. As recomendações são igualmente questionáveis. Propor que os interlocutores simplifiquem mensagens, usem frases simples, peçam pra ela repetir o que entendeu significa artificializar as situações discursivas, e alienar Rosana do conhecimento, como se ela não tivesse recursos para lidar com situações reais, complexas, seria torná-la uma estranha, fragilizá-la ainda mais. Não estou minimizando o problema, já faz tempo que você me fala de como a Rosana se mostra desvitalizada na relação com o conhecimento, é legal sim investigar e cuidar disso; alguma coisa ela está comunicando, certamente, é uma forma de pedir ajuda.*

A partir dessa resposta, esse educador revelou: *Como é difícil enfrentar essa avalanche discursiva dos médicos e técnicos. E olha que eu até sou um pouco exercitado nisso quando a questão é dos outros. Mas quando chega no quintal da gente, a história se complica. Cheguei até a não fazer mais resistência quanto a drogá-la com a dita ritalina... Por sorte, consultamos um neuro que desaconselhou, questionou o diagnóstico de déficit de atenção e disse que ela precisa mesmo é de bom acompanhamento terapêutico e suporte pedagógico para vencer estigmas de má aluna. Porém, a homeopata que a acompanha voltou a validar o relatório que te enviei e pedir providências técnicas emergenciais. Afinal, foi ela mesma que solicitou o exame, que – pasme – durou 2 horas. Tortura, não é mesmo? Se eu fosse submetido a isso, acho que teria sido diagnosticado de forma ainda mais contundente... Você me dá alento para retomar a lucidez com relação à questão. Confesso que em certo momento comecei a duvidar da minha própria postura crítica, com medo de fincar posição que resultasse em consequências graves para Rosana. Ela está à mercê de consultas atrás de consultas, cada uma delas exigindo relatos da mãe e dela mesma que vão consolidando a imagem de alguém problemático, cheio de falhas e déficits.*

Esse permear de discurso clínico na escola leva à indicação de especialista para essas crianças que ou estão saudáveis no processo, antecipando problemas inexistentes, ou apresentam alguma forma de lidar com o conhecimento que causa certo estranhamento, que foge do padrão. De um lado, temos o professor, que começa a ficar inseguro e se percebe como negligente se deixar os tais “erros” ortográficos passarem para o próximo ano. De outro, pais que acabam desconfiando das capacidades da criança e, mesmo sendo críticos, acabam “balançando” diante da *avalanche discursiva de médicos e técnicos*.

Vejamos esta outra produção, também de uma criança de 7 anos, que chegou ao consultório para uma avaliação, indicada pela professora, com os pais também já se mostrando desconfiados de sua capacidade de aprender a escrever:



No meu laço tem muito resto
rante, logos, Moro perto da
escola e do SHOPPING. Eu
gosto de ler de escrever. Eu gosto
de andar a pé. Eu gosto de
ir na casa das minhas
amigas etc

Além de esta produção falar por si, ou seja, mostrar que não há indicativo de dificuldade, apenas novamente as tais questões ortográficas esperadas no processo, a garotinha não teve qualquer inibição ou hesitação para ler e escrever. Dispôs-se a fazê-lo, atenta às regularidades do gênero solicitado, depois de ter estabelecido uma interlocução bastante interessante com o texto disparador – em que outras crianças contavam como eram seus bairros. E vejam que fez, inclusive, referência ao quanto gosta de ler e escrever.

Ou seja, não há razão para um trabalho terapêutico, pois não há indício de relação de sofrimento com a escrita, como paralisação no desenvolvimento ou sentimento de incapacidade. Ela não hesitou diante da atividade, mostrou desenvoltura, não se frustrando diante dos “erros”.

Equívocos na apresentação da Escrita na Escola e na Clínica:

- Abreviação do tempo para experimentar, brincar: há imposição da forma e do tempo para aquisição de conteúdos e regularidades
- A linguagem é apresentada como algo já acabado, sem que se possa imprimir nela algo de si. A criança não sente que pode participar com sua singularidade na construção do objeto, apenas deve se submeter a suas regras
- Mito da autonomia, cada vez mais precoce, levando à perda da dimensão afetiva, da necessidade de parceria e mediação para a construção de todo e qualquer conhecimento

Como **falha ambiental**, que pode gerar a despotencialização para o aprendizado, temos que professores e terapeutas se fazem presentes para apontar e supercorrigir erros, pois entendem que essa seria sua função. O olhar é de desconfiança, gerando marcas e memórias negativas em relação à potencialidade para escrever.

Isso impede a apropriação da escrita como meio de expressão pessoal, de apresentação de si.

Então, como **consequências da suspeita da dificuldade e também do diagnóstico de Dislexia**, temos:

- Retraimento, inibição, estranhamento, paralisação no desenvolvimento
- Desconfiança na capacidade de realização de projetos discursivos
- Afastamento de situações sociais letradas
- Busca de reabilitação reprodutora, que repete na avaliação e intervenção exercícios escolares que justamente afastaram da escrita: fragmentação, que chega ao máximo no método fonético, e afirmação de ideologias do bem escrever – como desenvoltura imediata

Agora, trago então um caso que estou atendendo pela Associação Palavra Criativa. Peço para que vocês leiam este texto e levantem suas hipóteses:

Texto paciente

EU LI A REPORTAGEM MINHA OPINIAO

OS PAIS TEFE COVESA ASTE AGRIDE PECUTANO POR ELE ESTA
AJINU ASI DESAFOMA IPECUDANO AO VINHO COMO DEVO A JUDA
INAO SEGANO PATENO DE FOMA GRESIVA SAPENO OS PAIS QUE
EAPENAS UMA GRIASA QUE SO PESISA DE AJUDA

Os pais devem conversar antes de agredir perguntando por que ele está agindo assim dessa forma e perguntando ao filho como devo ajudar e não chegando e batendo de forma agressiva sabendo os pais que é apenas uma criança que só precisa de ajuda.

Em uma **avaliação tradicional**, seriam então destacados exaustivamente todos os erros ortográficos apresentados pelo paciente, tais como:

- **Trocas do tipo surda/sonora:** d por t; f por v; g por k; p por b e vice-versa – tefe para deve; vinho/filho; griasa/criança; sapeno/sabendo
- **Omissão de letra em sílaba complexa:** covesa para conversar; foma para forma; griasa para criança; pesisa para precisa; pecutano para perguntando
- **Aglutinação:** desafoma para dessa forma; inao para e não; eapenas para é apenas;
- **Segmentação inadequada:** a juda para ajudar
- **Contaminação oralidade:** pateno para batendo; sapeno para sabendo; ajinu para agindo
- **Representação múltipla:** pesisa para precisa; gresiva para agressiva
- **Troca de dígrafo (visual):** vinho para filho

De acordo com o que se tem levantado como indicativo de Dislexia, diante apenas da produção, obviamente seria este o quadro suposto por aqueles que afirmam a existência da doença. Ou seria uma produção de alguém em processo de aquisição da escrita? Ou de um analfabeto funcional? Não é estranho que os “sintomas” sejam os mesmos em qualquer das hipóteses?

Ou seja, como vimos nas propagandas que trouxe no início, trata-se de um diagnóstico obtido diretamente pela incidência e persistência de erros na leitura e na escrita, ou seja, a pessoa seria disléxica quando apresenta muitos deles. Mas uma pessoa que ainda está em processo de apropriação da linguagem escrita não poderá persistir em alguns erros? Isso não seria um sinal de saúde? Afinal, não há nenhuma pesquisa que afirme com exatidão e de forma universal quando essa

aprendizagem chega ao fim. Então, como saber se estamos diante de um disléxico ou de alguém que ainda está no curso de seu processo de construção desse conhecimento? Se pensarmos em nós mesmos, em nossa constituição como leitores e escritores, vamos ver que, mesmo letrados, também temos inúmeras dúvidas, das mais diversas ordens, desde ortográficas, de construção gramatical, até sobre a elaboração de determinado gênero de texto. Trata-se de um conhecimento vasto, dinâmico.

De qualquer forma, a história fica em segundo plano, apenas como fundo e não como figura. Como indicação de trabalho, treino ortográfico exaustivo, com exercícios para sanar todos os erros elencados, assemelhando-se ao trabalho tradicional realizado no espaço escolar.

Trata-se de uma clínica que se avizinha excessivamente do modelo médico. A perspectiva aqui é descrever um conjunto de sintomas, o que leva a um aporte excessivamente patológico e pouco compreensivo, deixando de lado a singularidade do paciente e a diversidade e riqueza nos modos de apreensão dos conhecimentos. **Nesta clínica tradicional, a explicação é privilegiada em detrimento da compreensão.**

Campo de Experimentação da Linguagem, que propõe outra apresentação do objeto cultural escrita, a partir do diálogo, dos usos sociais e cotidianos.

Mas vamos para o que, na clínica que aqui propomos, ganha destaque: a história do paciente e o que o levou a procurar ajuda.

História: trata-se de um rapaz de 18 anos de idade, que se autodenomina dependente químico, tendo deixado de frequentar a escola dos 12 aos 16 anos. Nesta ocasião, saiu da Bahia e foi para São Paulo, onde permaneceu internado em uma clínica. Não faz uso de drogas há quase dois anos, o que considera uma grande vitória. Mas se sente ainda preso à imagem/identidade de marginal, sendo desmerecido e olhado pela família com desconfiança, e também na escola (EJA) passa por várias situações de humilhação pelo fato de escrever desta forma. Hoje, trabalha como pedreiro, o que é motivo de grande frustração. Ele busca outra colocação, mas um impeditivo é o fato de ler e escrever precariamente.

Na produção em si, é fundamental então destacar o contexto de produção. Trata-se de uma **interlocução com a Reportagem “Palmada inútil”**(caderno Equilíbrio,

Folha de S. Paulo): um recurso que utilizamos na clínica é esse, ler um texto, trabalhando as várias capacidades leitoras, desde as mais básicas, como entendimento, até as mais requintadas, como fazer inferências, relacionar com outros textos ativando o repertório cultural, e também com a história de vida. E assim vamos construindo sentidos, que é o que importa na leitura.

Também é fundamental destacar os acertos, que ocorrem justamente em aspectos em que ocorrem os erros:

OS PAIS TEFE **COVESA** ASTE A**GRIDE** PECUTANO POR ELE
ESTA AJINU ASI DESAFOMA IPECUDANO AO VINHO COMO **DEVO**
A SUDA INAO SE**GANO** PATENO DE **FOMA** **GRESIVA** SAPENO OS
PAIS QUE E**APENAS** UMA GRIASA QUE SO PESI**SA** DE ASUDA

- ✓ Acerto para surda/sonora: **conversa** **devo** **chegando** **ajudar**
- ✓ Grafia correta em sílaba complexa: **agressiva**,
- ✓ Segmentação/não segmentação adequadas: **de** **forma**, **ao** **filho**, **como** **devo**, **agindo**, **ajuda**
- ✓ Representação múltipla: **precisa**, **sabendo**, **conversar**

Isso mostra condição de aprendizado e de apreensão de regularidades e especificidades da escrita.

Necessário também valorizar aspectos mais primordiais, como a capacidade escritora de argumentar, indícios de conhecimento de regularidades do gênero solicitado na produção.

Fundamental observar ainda a atitude do paciente ao escrever: nesta produção, ao contrário de outras, ele estava concentrado, com a respiração tranquila, pouco solicitando minha ajuda para escrever corretamente, como vinha ocorrendo com certa frequência. Ou seja, permitiu-se experimentar alguma desenvoltura, me tendo como testemunha de um momento em que estava mais integrado para realizar a produção escrita.

Faço aqui uma analogia com uma proposição de Winnicott: o brincar em si é curativo. Escrever também, ou seja, pode resgatar potenciais perdidos, desacreditados. Pode levar à integração.

Então, na perspectiva que trago aqui, da Fonoaudiologia como campo de experimentação da linguagem, a história e o contexto de vida que leva a uma escrita com essa qualidade são valorizados e colocados em primeiro plano.

No encontro terapêutico, o terapeuta se dispõe a acolher o sofrimento, abrindo espaço para o paciente relatar suas angústias, as humilhações que têm sofrido no espaço escolar e familiar. O terapeuta assume o lugar de testemunha. Busca assim favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança, para que o paciente se sinta em condições de retomar a esperança em sua condição de desenvolvimento, sustentando as oscilações próprias do processo.

A preocupação, e o desafio, aqui é em trazê-lo para o jogo da escrita, de modo que possa se perceber como participante ativo da comunidade de leitores e escritores, tendo o que compartilhar, contribuir. Valorizo muito o diálogo que estabeleceu com a reportagem, seu modo de pensar, seu posicionamento.

Assim, as atividades de escrita têm como objetivo primordial rerepresentar esse objeto cultural, para que o paciente possa concebê-lo como legítimo meio de expressão.

Nessa perspectiva, a oferta de provisão se dá pela eleição do que seria mais urgente de ser trabalhado para que o discurso escrito ganhe inteligibilidade, evitando-se a supercorreção ou um trabalho exaustivo com ortografia, o que significaria fragmentar o objeto.

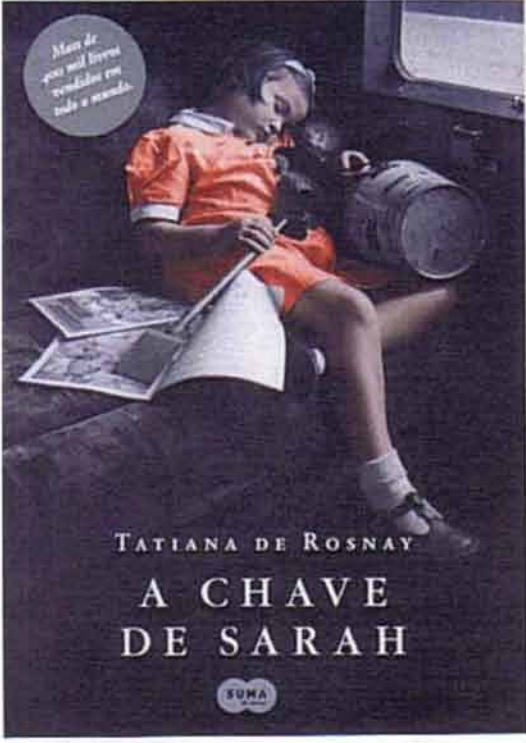
É preciso disposição para acompanhar o ritmo de constituição do ser leitor/escritor, ampliar capacidades leitoras e escritoras, mas sempre de modo que o paciente possa sentir maleabilidade do objeto, para nele imprimir marcas pessoais de expressão. Sentindo-se capaz, naturalmente se torna mais atento ao mundo letrado em que vivemos, desenvolvendo mais suas condições de se apropriar das especificidades da escrita.

Esta é outra produção do paciente – aqui, a situação concreta de uso é uma apresentação de si como apto para trabalhar em uma loja de roupas:

Gostaria de trabalhar na sua loja. Eu acredito que tenho capacidade de ser um bom vendedor. Só de olhar o estilo da pessoa, consigo saber o que ela está procurando de especial, é na hora que eu entro com meu papel de vendedor, e todas as pessoas, tem de saber conversar com elas.

Gostaria de trabalhar na sua loja. Eu acredito que tenho capacidade de ser um bom vendedor. Só de olhar o estilo da pessoa, consigo saber o que ela está procurando de especial, é na hora que eu entro com meu papel de vendedor, e todas as pessoas, tem de saber conversar com elas.

Nos próximos slides, vocês verão produções da meninada que frequenta nosso espaço de trabalho, e que são compartilhadas no painel coletivo. É o que denominamos visitaçã a vários gêneros discursivos.



Indicação do livro:

Uma menina de 10 anos, que foi levada para os campos de concentração pela polícia francesa. Ela chama-se Sarah, e tem um irmão, que ela o trancou no armário pl salvá-lo. Depois de um tempo uma menina que chama-se Julia, case de com Bertrand tem uma filha chamada Zoë, Se muda pl a casa de Sarah. E.... Se quiser saber +, leia ele!

Autora: TATIANA DE ROSNAY
EU: RECOMENDO.

“Espelho, espelho meu”

(Branca de Neve)

Eu vi o filme “ Espelho, espelho meu.”

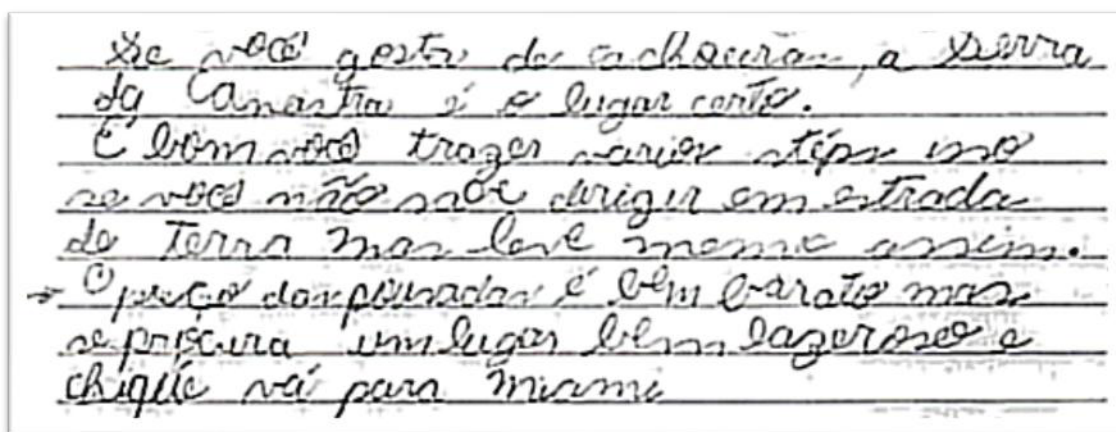
Muitas pessoas devem pensar “nossa q cafona ela viu o filme da “Branca de neve” ou “afff... q criança” (entre outros comentários)...

Mas esse filme não é igual aos outros que todos conhecem. A Branca de Neve luta contra o seu príncipe e ela lembra que já havia lido uma estória muito parecida com a sua. O príncipe não usa roupa que ninguém mais usava. Nesse filme o príncipe muitas vezes aparece de cueca junto com seu amigo, pois os sete anões o assaltaram.

Os anões usam uma espécie de mola para ficarem mais altos.

Nesse filme tem bastante magia e amor. Exemplo: A madrasta da Branca de Neve quer se casar com o príncipe para pegar todo o seu dinheiro. Mas como ele está apaixonado pela Branca de Neve a rainha faz uma mágica e coloca na bebida do príncipe mas depois de um tempo ela percebe que colocou uma poção de amor de cãozinho e não de homem...

O filme não é para bebês pois não deixam eles entrarem e também por que o filme é engraçado de mais, como “O gato de botas”, que também se baseia em contos de fadas.



Quando eu era pequeno, eu era muito agitado. Minha mãe não gostava disso então para eu parar ela falava que tinha uma bateria em mim, mas eu não conseguia ver, só ela.

Então se eu bagunçasse ela falava que ia tirar minha bateria e só ia devolver se eu fosse dormir ou ficasse quieto por 1 minuto; mas ao tirar eu chorava porque eu acreditava nela e ia dormir chorando. Antes de dormir eu perguntava se ela ia devolver no próximo dia, então depois que ela falasse sim eu dormia na hora.



Em síntese, como princípios que sustentam esta clínica, temos:

- O eixo fundamental é a experiência compreensiva dialógica, com acento na parceria terapeuta/paciente;
- O trabalho nasce da experiência compartilhada, contemplando o modo de ser do paciente, que o singulariza, e não pela classificação dos sintomas;
- O importante é propiciar uma experiência transformadora;
- O objeto é reapresentado, propiciando uma experiência com a linguagem ainda não vivida;
- Necessidade humana fundamental que permeia o aprendizado da escrita é sempre contemplada em toda e qualquer atividade: **estabelecer interlocução com o outro, dialogar, buscar um terreno comum para trocar experiências, apresentar-se, comunicar inquietações, preocupações.**
- A **função da regularidade** é retomada como busca de um terreno comum de interlocução que nos traga o sentimento de pertencer a um grupo, a uma comunidade, compartilhando algo comum, em um diálogo que não tem fim. E esse algo comum está em constante transformação – está em disponibilidade para ser recriado.

Para finalizar, trago duas proposições do casal Winnicott, Clare e Donald, que embasam nossa prática clínica:

Precisamos de um ambiente acolhedor, ou suficientemente bom, que nos possibilite caminhar em nosso processo de amadurecimento para, assim, cumprir as tarefas próprias de cada momento – o aprendizado da escrita (que não tem fim) é uma dessas tarefas. Quando necessidades humanas não estão contempladas nestes ambientes, ocorrem rupturas/fraturas que levam a uma forma de adoecimento.

É função do meio ofertar objetos, meios de expressão, materialidades pelas quais a pessoa pode jogar, brincar, se apropriar e vir a ser. É com esses objetos ofertados pela cultura, sendo a escrita um deles, que pode fazer pontes entre a sua interioridade e o mundo externo, colocar em devir experiências, filosofias que habitam sua interioridade, para se constituir como pessoa. É com esses objetos que comunica experiências: ser humano só absorve experiências internas e externas se pode expressá-las para outro.

Podemos dizer então que as dificuldades, os bloqueios, a despotencialização para o aprendizado da escrita não são de ordem individual. Têm a ver com a hostilidade do ambiente, olhar enviesado ao que a pessoa tem a oferecer naquele momento, com o não acolhimento, não contemplação de ritmos, de tempo pessoal. Não se trata de culpar pais, professores, coordenadores, e nem de atribuir a circunstâncias da vida a razão do suposto fracasso escolar. O importante é problematizar questões socioculturais para que possamos transformá-las. A tendência atual nas famílias é certa terceirização de cuidados para especialistas, que pode gerar, no caso dos mais diversos processos de aprendizagem, a perda de uma parceria necessária, de um ambiente de valorização do pensar, do compartilhar inquietações, do ouvir o outro, verdadeiramente. É uma dimensão humana que vem sendo perdida, quando se valoriza excessivamente padrões de desenvolvimento ou a precocidade intelectual - no caso da escrita, a alfabetização aos 4 anos de idade, por exemplo.

Então, práticas ou ambientes que impedem/limitam/abreviam o tempo de experimentação próprio do brincar, destacando o padrão, a regra, em detrimento do sentido primeiro de escrever, por sua própria natureza, adoecem. Basta pensarmos em episódios de nossas histórias de constituição da escrita. Todos temos dúvidas, cometemos erros, nos mostramos mais aptos a desenvolver nossas ideias em um determinado gênero discursivo, ou necessitamos aprender novas regularidades quando nos arriscamos em algum outro, ainda desconhecido. E para isso necessitamos de tempo e de um ambiente que nos apresente o objeto de modo que nos sintamos aptos a dele nos apropriarmos.

Não se trata de negar dificuldades, quando de fato existem. Mas nem mesmo quando existem de fato é possível classificá-las como doença, quando se trata de linguagem escrita e sua complexa dinâmica de aprendizagem. Em cada um, as manifestações ganham um desenho, um contorno, comunicam algo a respeito daquela pessoa.

A função de cuidado do terapeuta é então ofertar um espaço potencial, para que a pessoa possa voltar a colocar em marcha seu processo de amadurecimento, sintase pertencente à comunidade de usuários da língua, tendo a linguagem escrita como possibilidade para colocar questões, inquietações sob domínio do eu.

Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde*

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres¹
Yara Maria de Carvalho²
Mariana Arantes Nasser³
Rodrigo Marcinkevicius Saltão⁴
Valéria Monteiro Mendes⁵

AYRES, J.R.C.M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*

Adolescents and young adults constitute an important challenge in constructing comprehensiveness within primary healthcare. This is because of the complexity of understanding and responding to their set of healthcare needs, consequent to the growth and development process that is characteristic of this phase, and especially to the related sociocultural factors. The present study sought to recognize the reach and limits of how the comprehensiveness principle has been operated at a primary healthcare unit. Although it was possible to identify effective perception of the specific healthcare needs of this group, it was also possible to observe important limitations relating to construction of care projects capable of integrating the various aims of the day-to-day work, insufficiency of professional and sectorial interactions, and weaknesses in communications among professionals and between professionals and users.

Keywords: Adolescents. Young adults. Comprehensive healthcare. Primary healthcare.

Adolescentes e jovens constituem importante desafio para a construção da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso se deve à complexa apreensão e resposta ao conjunto de suas necessidades de saúde, decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, próprio da fase, mas, sobretudo, dos aspectos socioculturais relacionados. O presente estudo buscou reconhecer alcances e limites em como o princípio da integralidade vem sendo operado em uma Unidade Básica de Saúde. Embora tenha sido possível identificar uma efetiva percepção da especificidade necessária à atenção à saúde desse grupo, também se verificaram importantes limitações relacionadas à construção de projetos de cuidado capazes de integrar as diversas finalidades do trabalho no cotidiano da Unidade, com destaque para a insuficiência de interações profissionais e setoriais, e fragilidades na comunicação de profissionais entre si e de profissionais e usuários.

Palavras-chave: Adolescentes. Jovens. Assistência Integral à Saúde (Integralidade). Atenção Primária à Saúde.

* Elaborado com base na pesquisa "Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana – área temática Saúde do Jovem e do Adolescente", sob coordenação do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, e com financiamento da Fapesp. Aprovado pelas comissões de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas, FMUSP e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. 01.246-903. jrcayres@usp.br

² Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano, Escola de Educação Física e Esporte, USP.

³ Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP.

⁴ Fisioterapeuta.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Pedagogia do Movimento, Escola de Educação Física e Esporte, USP.

Introdução

O cuidado da saúde de adolescentes e jovens constitui um importante desafio para as práticas em saúde, seja pelas características próprias desse grupo populacional, seja pelas formas de organização dos serviços de saúde (Queiroz, 2011; Ayres, França Júnior, 1996).

As especificidades do grupo decorrem, de um lado, do processo de crescimento e desenvolvimento, que implica necessidades de monitoramento e suporte a aspectos morfofuncionais, mas, sobretudo, aos aspectos socioculturais relacionados a esse processo. Por essa razão, as definições de adolescência e juventude, normalmente utilizadas no campo da saúde, levam em consideração: os marcos pubertários e de crescimento e desenvolvimento, as experiências de vida em contexto, envolvidas no adolecer, como também os limites cronológicos associados às normas civis e jurídicas socialmente estabelecidas (Saito, Silva, Leal, 2008; Coates, Beznos, Françoso, 2003).

No Brasil, os principais critérios delimitadores nas práticas em saúde são os da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 2010). Segundo a OMS, a adolescência corresponde à segunda década da vida, de dez a 19 anos, e a juventude vai dos 15 aos 24 anos (OMS, 1975). Para o ECA, a adolescência é a fase situada entre 12 e 18 anos de idade, com algumas exceções, em que o estatuto se refere a pessoas de até 21 anos (Brasil, 1990).

A hebiatria, campo do conhecimento médico que estuda a saúde e a doença na adolescência, define essa fase como o momento de transição da infância à adultícia. Aponta a puberdade, dimensão biológica, corporal desse processo de maturação, como um marcador físico do mesmo, que não se restringe a ela. A puberdade manifesta-se mais claramente pelos primeiros sinais da maturação sexual; isto é, pelo surgimento dos primeiros caracteres sexuais secundários: na menina, o aparecimento do broto mamário; e, no menino, o aumento do volume testicular (Setian, Colli, Marcondes, 1979).

Os processos socioculturais que caracterizam a adolescência e a juventude dizem respeito, especialmente, à vivência e à percepção das referidas mudanças biológicas e, sobretudo, das novas descobertas, experimentadas nos contextos concretos em que vivem (Oliveira, 1999; Muuss, 1976).

Essa fase de vida é marcada por contradições entre desejos e responsabilidades relacionadas ao mundo infantil e adulto, o anseio por novas descobertas, e o medo do desconhecido, traduzidos pela sociedade por algumas noções e valores relativos à proteção/tutela *versus* emancipação; à imputabilidade legal; ao questionamento da capacidade para o mundo do trabalho; à imaturidade e à impulsividade; à valorização da beleza e ao preconceito pela falta de experiência; aos movimentos de contestação, de instauração do novo e provocação de mudanças (Ozella, 2003).

Outras categorias explicativas da sociedade, dentre as quais se destacam as de classe social, gênero e raça, influenciam tanto na vivência dos indivíduos como nos significados e nos julgamentos atribuídos a esse grupo, no que se refere, particularmente, às práticas em saúde, os quais podem, inclusive, determinar diferenças de classificação entre crianças, adolescentes, jovens, adultos, e, por conseguinte, nos modos de operar o cuidado junto a essa população. Nesse sentido, adolescentes e jovens compõem um grupo específico, porém não homogêneo: são diferentes em idade, nas condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, presença ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições, ainda que tenham características comuns que permitem a sua consideração e o seu cuidado como um coletivo (Abramo, Branco, 2005).

Todos esses aspectos tornam bastante complexas a apreensão e a resposta ao conjunto das necessidades de saúde de adolescentes e jovens. A consideração ativa desses aspectos é fundamental, porém, para um adequado cuidado da saúde desse grupo, capaz de efetivamente acolhê-los como sujeitos plenos, com suas necessidades e demandas específicas, favorecendo um trabalho integrado entre promoção, prevenção e recuperação/reabilitação (Ayres, 1994).

Adolescência e juventude constituem, assim, identidades populacionais que desafiam a organização do trabalho em saúde, no sentido de efetivarem um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): o princípio doutrinário da integralidade, definida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Vasconcelos, Pasche, 2006).

A operacionalização do princípio da integralidade não é, contudo, matéria simples. Mattos (2001) já apontava a situação aparentemente paradoxal de ser a integralidade o mais polissêmico princípio do SUS e, ao mesmo tempo, uma das mais fecundas “imagens-objetivo” a mobilizar os sujeitos na consolidação da reforma sanitária brasileira. O autor sintetiza essa mobilização na dupla perspectiva de uma forma de responder às necessidades de saúde dos cidadãos e de um modo de organizar a atenção à saúde:

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (Mattos, 2004, p.1414)

Ayres (2009) corrobora essa posição, ao analisar o lugar da integralidade entre os princípios doutrinários do SUS:

[...] universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais. [...] O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (Ayres, 2009, p.13)

Buscando apreender esse sentido prático do princípio da integralidade, sem deixar escapar a riqueza expressa em sua polissemia, adota-se aqui uma definição de integralidade que a remete a quatro eixos estreitamente inter-relacionados na organização da atenção à saúde:

A) eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas;

B) eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins, como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades;

C) eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A;

D) eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam de pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas (Ayres et al., 2006 apud Ayres, 2009, p.14).

Embora o princípio da integralidade, como os demais, seja aplicado a qualquer nível do sistema de saúde, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que ele adquire maior importância estratégica. Isso porque, por definição, é responsabilidade central dela a identificação, execução e articulação das ações de saúde que, transversal e longitudinalmente, devem ser desenvolvidas para responderem às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades (Starfield, 2002; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

A APS também tem sido definida segundo diferentes interesses e perspectivas privilegiados na análise: pela natureza das necessidades e demandas que lhe são peculiares, como um dos níveis de organização do sistema, ou como uma tecnologia, isto é, como modo de operar o processo de trabalho efetivamente realizado nas Unidades Básicas de Saúde (Mendes-Gonçalves, 1994).

Ainda que as três dimensões estejam completamente vinculadas, no plano concreto, privilegiaremos, no presente estudo, a dimensão tecnológica, por ser aquela que nos parece melhor flagrar a dinâmica na qual se determinam mutuamente as necessidades e demandas de saúde postas (e repostas) para os serviços, os recursos técnicos e organizacionais que são dispostos para responder a tais necessidades e demandas (reconstruindo-as continuamente), e a perspectiva prática (política, ética, moral) dos sujeitos que interagem como construtores e destinatários das ações de saúde.

A APS será aqui tomada, portanto, como uma tecnologia composta por um conjunto de instrumentos não materiais e materiais voltados de forma integrada a: programas e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, utilizando equipamentos de baixa complexidade, empregando saberes e organização de alta complexidade, e orientando-se pela integralidade como norteadora de suas ações.

Como tecnologia concretamente operada no SUS, a APS caracteriza-se por ser, preferencialmente, a primeira alternativa de atendimento do usuário, por constituir a porta de entrada para o sistema, por ter caráter estratégico na estruturação das ações de assistência, e por resolver as necessidades básicas de saúde. A complexidade do trabalho na APS refere-se, portanto, menos ao grau de comprometimento fisiopatológico dos seus usuários – embora também lide com doentes muito graves, em geral crônicos –, do que ao papel que desempenha e às situações com as quais deve lidar cotidianamente, e que implicam o manejo de aspectos sociais, culturais e econômicos, diretamente relacionados aos carecimentos que demandam respostas nesse nível (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

De posse do quadro conceitual aqui construído, caberá, então, arguir até que ponto e de que modo a APS, como tecnologia operada no contexto do SUS, vem logrando oferecer uma atenção integral à saúde desse grupo. Nesse sentido, é objetivo do presente estudo levantar e analisar ações de APS de adolescentes e jovens examinando o caso de um serviço com atividades específicas para o grupo localizado na região oeste da cidade de São Paulo.

Método

Resultante de um protocolo mais amplo de investigação sobre as formas de operação prática do princípio da integralidade em Unidades Básicas de Saúde da região oeste de São Paulo, SP, o presente trabalho constitui uma pesquisa qualitativa, na forma de um estudo de caso, baseado em observação densa de serviço de saúde e entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais.

O protocolo geral da pesquisa envolveu 14 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, três delas organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e as demais, segundo modelos tradicionais ou mistos (UBS). Compôs-se de seis subprotocolos, ou áreas temáticas de investigação sobre a integralidade da atenção: organização do processo de trabalho e equipe de saúde; gênero e saúde; raça e saúde; saúde e envelhecimento; saúde do adolescente e do jovem; e saúde mental e atenção primária. Embora a pesquisa, também no subprotocolo relativo a adolescentes e jovens, tenha envolvido uma unidade ESF, os resultados apresentados neste artigo referem-se somente à observação direta e entrevistas com usuários e profissionais de uma UBS.

Após uma fase preliminar de inventário sobre as características das 14 Unidades da região (realizada de junho de 2008 a maio de 2009), a UBS aqui analisada foi selecionada para estudo nesse subprotocolo, por ser a única entre as unidades da região (excluindo-se um serviço-escola com características muito peculiares, enquanto unidade de ensino, pesquisa e docência) a desenvolver um programa especificamente voltado para o atendimento a adolescentes. Essa situação pareceu privilegiada para estudar o processo de trabalho com esse grupo em serviço de atenção primária, o que certamente seria mais difícil de fazer em Unidades nas quais os adolescentes e jovens não são diferenciados no conjunto da demanda. Optou-se, portanto, por sacrificar, em alguma medida, a extensão da análise aqui efetuada, por tratar-se de uma situação não muito frequente em Unidades Básicas de Saúde, nos moldes UBS ou ESF, em benefício da maior profundidade e sensibilidade da investigação.

Após os devidos esclarecimentos e consentimentos éticos, o trabalho de campo aqui relatado foi realizado entre maio e setembro de 2009. Os pesquisadores de campo (entrevistas e observação) foram dois docentes (médico e profissional de educação física) com experiência na área de saúde de adolescentes, além de três profissionais por eles treinados e supervisionados (uma médica, um fisioterapeuta e uma profissional de educação física).

Durante os meses citados, foram realizadas dezessete observações do serviço (aproximadamente sessenta horas) em diferentes áreas (recepção, sala de espera, consultório, sala de grupo) e atividades (consultas médicas, atendimentos de outros profissionais, atividades educativas, reuniões de equipe), cobrindo o que se poderia chamar de uma “semana típica” – no que se refere a atividades de relevância desenvolvidas em diferentes períodos. Observações essas registradas em diários de campo.

Foram realizadas, aproximadamente, 14 horas de entrevistas, envolvendo cinco adolescentes e 12 profissionais, entre gestores, profissionais de nível superior e funcionários. Esse número resultou de uma combinação de critérios: 1) capacidade operacional da pesquisa; 2) abrangência, diversidade e expressividade dos entrevistados em relação ao conjunto de profissionais e usuários do serviço pesquisado; 3) o acúmulo de material julgado suficiente para responder aos objetivos do estudo.

A eleição dos jovens entrevistados procurou abranger ambos os sexos e variedade etária – menores e maiores de 15 anos. Por características do serviço e de demanda, só foi possível acessar e entrevistar, no período do trabalho de campo, jovens do sexo feminino – perfil francamente dominante na demanda do programa, muito associado, na cultura do serviço, ao seguimento pediátrico, e também por ser o mais acessível à participação. A eleição dos profissionais procurou incluir diferentes níveis de formação e perfis de atuação, do gestor ao funcionário não especializado, buscando olhares diversos sobre o processo de trabalho na Unidade.

Como a apresentação/discussão dos resultados, em função do referencial teórico adotado e da natureza do objeto do estudo, depende do cotejamento das visões dos usuários, dos profissionais e dos próprios pesquisadores, os fragmentos expressivos do trabalho de campo serão apresentados de modo articulado. Para facilitar a identificação das diferentes participações, os depoimentos de adolescentes serão assinalados pelo nome fictício, seguido da idade; os dos profissionais, pelo nome fictício e categoria profissional; e as observações e impressões dos pesquisadores serão assinaladas pela denominação de “caderno de campo”.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo este material, juntamente com o registro das observações nos cadernos de campo, o *corpus* sobre o qual foram baseadas as análises. Os roteiros de observação de campo e das entrevistas, assim como sua interpretação, foram baseados no quadro da *integralidade como tecnologia* de APS e seus quatro eixos analíticos, descritos na Introdução deste artigo.

Resultados e discussão

A área da UBS eleita para o estudo – segundo o Censo IBGE de 2000 e as projeções populacionais para o ano de 2007, dados disponíveis à época do trabalho de campo – cobre uma população de 24.281 habitantes, com discreto predomínio de mulheres (51,8%), sendo 26,2% com idade entre dez e 24 anos. A renda familiar média da população atendida era de cinco salários-mínimos, ou menos, para 40,68% dos domicílios. Quanto à escolaridade, 37,1% dos habitantes tinham quatro ou menos anos de estudo.

A UBS contava com: quatro consultórios médicos (hebiatria, pediatria, clínica médica, ginecologia), um consultório dentário, seis consultórios para outros profissionais (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, serviço social e psicologia), uma sala para atividades em grupo do programa de adolescentes, uma brinquedoteca, uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala de coleta de exames e uma sala de nebulização. Sua equipe era composta por 48 profissionais, sendo: 11 médicos (três clínicos gerais, quatro pediatras, quatro ginecologistas), quatro dentistas, dois enfermeiros, 15 auxiliares de enfermagem, dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um assistente social e nove profissionais administrativos.

A região de cobertura da UBS não dispunha de outros serviços públicos de saúde e contava com poucos equipamentos sociais – no inventário inicial das Unidades foram citadas algumas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), uma Organização Não Governamental de DST/Aids, um grupo de convivência de idosos, um Centro Educacional Unificado, da Secretaria Municipal de Educação (CEU), e um centro cultural comunitário, sendo alguns deles distantes do bairro em que está a Unidade.

Os sujeitos diretamente participantes da pesquisa (entrevistados) estão listados, com nomes fictícios, no Quadro 1. O Quadro 2 sintetiza as atividades de observação do serviço, registradas em caderno de campo.

Quadro 1. Síntese do perfil dos entrevistados

Profissionais			Usuários		
Nome*	Sexo	Profissão	Nome*	Sexo	Idade
Ana	Feminino	Fisioterapeuta	Nadja	Feminino	13
Paula	Feminino	Assistente Social	Glória	Feminino	10
Beatriz	Feminino	Médica Hebiatra	Maria	Feminino	10
Letícia	Feminino	Gerente	Ludmila	Feminino	10
Antônio	Masculino	Vigilante	Fernanda	Feminino	15
Carlos	Masculino	Aux. Téc. Administrativo 1			
Rafael	Masculino	Aux. Téc. Administrativo 2			
Priscila	Feminino	Auxiliar de gerente			
Catarina	Feminino	Terapeuta Ocupacional			
Joaquim	Masculino	Ginecologista			
Denilson	Masculino	Ginecologista			
Keyla	Feminino	Aux. de Farmácia			

*Os nomes dos usuários e profissionais são fictícios, para preservação do sigilo.

Quadro 2. Síntese dos espaços e atividades observados em campo

Descrição geral da UBS e da ocupação do espaço por adolescentes e jovens	Reuniões	Atividades do programa de adolescentes	Atendimentos de adolescentes e jovens em espaços externos ao programa
<ul style="list-style-type: none"> - estrutura física da UBS; - materiais de comunicação visual; - fluxo interno dos usuários; - adolescentes e jovens na sala de espera e na fila de atividades; - sala da administração. 	<ul style="list-style-type: none"> - reunião geral da UBS; - reunião de equipe do programa de adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - grupo educativo para adolescentes do sexo feminino, mais novas; - grupo educativo para adolescentes mais velhos, misto; - grupo educativo de gestantes adolescentes; - consulta médica hebiátrica; - atendimento de fisioterapia em grupo; - atividade de sala de espera do programa; - atividade lúdica para crianças e adolescentes mais novos; - atividade especial em comemoração ao Estatuto da Criança e do Adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento de adolescentes e jovens no balcão da recepção, na farmácia; - atendimento de saúde bucal (dirigido às escolas da região); - consulta de pediatria; - consulta de pré-natal; - consulta de ginecologia; - consulta de clínico geral.

Necessidades de saúde de adolescentes e jovens

A diversidade na experiência vivida da adolescência e juventude pode ser apreendida nas entrevistas realizadas com as usuárias do serviço, mesmo em igual contexto socioeconômico, já no modo com que se percebem em relação à identidade adolescente:

“[Sente-se criança ou adolescente?] Adolescente. [Quando sentiu?] Quando comecei a “criar pelinhos”. [Quantos anos você tinha?] Nove anos”. (Glória, 10 anos)

“Eu me sinto criança. É legal ser criança, eu posso brincar com minhas amigas”. (Ludmila, 10 anos)

A diversidade se estende ainda a outros aspectos, como: o grau e o tipo de responsabilidade doméstica, a relação com a escola, as redes de sociabilidade, as atividades de lazer, os padrões de inclusão social e o exercício da cidadania.

As necessidades, tais como emergem do encontro entre os adolescentes e jovens e o programa da UBS, apresentam um padrão mais homogêneo, relacionando-se, sobretudo, a aspectos da sexualidade e reprodução; queixas clínicas referentes a essa fase da vida, com ênfase na busca do atendimento com hebiatra; acompanhamentos específicos de terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e fisioterapia, encaminhadas desde o programa de adolescentes; e dificuldades socioeconômicas e familiares.

Em relação ao tema da sexualidade, as necessidades do grupo são traduzidas, no dia a dia do serviço, pela busca de “camisinha” e da “pílula do dia seguinte”, e pela procura de teste de gravidez e de acompanhamento pré-natal. Mas as entrevistas com adolescentes demonstram que há demandas potenciais e diversas, antes mesmo de se traduzirem em questões de saúde reprodutiva, e também articuladas a um universo ainda infantil:

“Só fiquei uma vez com um menino da rua. [...] minha prima pegou e falou para minha mãe, que me colocou de castigo. [...] Foi bom, porque beijei e foi mal, porque minha prima me viu. [...] Brinco de mamãe e filhinho com minhas amigas. A gente brinca no quintalão em frente da casa da minha amiga. [...] A gente entra no orkut. [...] Tem um monte de meninos pedindo pra ficar comigo, mas eu já excluí todos, mas já entrou um monte de novo”. (Glória, 10 anos)

As demandas no campo da sexualidade são apreendidas pelos profissionais segundo um modelo de cuidado no qual prevalece um olhar normativo e praticamente restrito à esfera reprodutiva. No entendimento dos profissionais, os adolescentes e jovens procuram a UBS com a intenção de evitar a “gravidez precoce” e prevenir as DST/Aids, sem uma discussão mais aprofundada sobre os sentidos, valores e significados da vivência da sexualidade e da reprodução.

VOCÊ

Garota ou mulher

Que tal engravidar na hora certa?

Venha conhecer todos os métodos anticoncepcionais, podendo, assim, planejar a sua gravidez.

Agende na recepção a sua participação no grupo de

PLANEJAMENTO FAMILIAR.

(Caderno de campo: texto de mural de divulgação de atividades)

As necessidades relacionadas às queixas clínicas são questões pontuais, de pronto atendimento, consumo de exames ou encaminhamentos para especialistas, e, em alguns casos, reportam a preocupação dos responsáveis com o crescimento. Nessa perspectiva, as queixas são identificadas como necessidades de saúde, conforme abordagem que privilegia o componente biológico do atendimento clínico e favorece a medicalização, o consumo de exames e os encaminhamentos

internos e externos. Chama a atenção a baixa incorporação à abordagem hebiátrica dos outros componentes da vida dos jovens, como a relação com a escola e, também, seus interesses e desejos. Vale ressaltar que, nos períodos em que não há atendimento hebiátrico, o pronto atendimento dessa clientela é realizado por pediatras e clínicos, quando tende a acentuar-se o padrão queixa-conduta.

Nos casos em que os carecimentos dos adolescentes e jovens se referiam às dificuldades de adaptação escolar, de fonação e letramento, à adequação social, ao sofrimento psíquico, às desordens posturais e às queixas respiratórias, eles foram encaminhados, internamente, aos profissionais do Programa: terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga, além de outros externos a ele - fonoaudióloga e fisioterapeuta. Observou-se que existe pouca interação entre essas atividades, bem como escassos mecanismos de busca ativa de casos novos, o que é atribuído, pelo serviço, à escassez de profissionais.

Necessidades socioeconômicas e familiares, como desemprego, escolarização precária, drogadição, são perceptíveis entre os usuários, sem contar situações cotidianas de violência doméstica.

"[...] A violência, o abuso, a maconha, a covardia, espancamento, tortura. Se fosse eu, não cometeria crimes. Uma amiga já foi abusada. É complicado acabar com isso". (Fernanda, 15 anos)

"Só que o pai da minha amiga morreu com facada. A filha viu. O pai morreu no colo da filha. É... foi triste!". (Glória, 10 anos)

Tais necessidades são, porém, pouco incorporadas ao processo de trabalho com o grupo, o que é atribuído, entre outros aspectos, a fragilidades da formação dos profissionais.

"[...] falta formação dos profissionais, falta a visão real do que é esse jovem, como esse jovem está se colocando no mundo de hoje, na sociedade de hoje [...] a gente fica muito centrado nas questões da saúde física e mental. [...] Precisava de um pouco mais de abertura, de um mapeamento desses jovens no território [...] há jovens muito diferentes na cidade de São Paulo, com vivências, com perspectivas... Se você não mapear isso, entender isso, você vai dar com os burros n'água". (Priscila, auxiliar de gerência)

As observações e entrevistas evidenciam que existe um olhar específico para o grupo, particularmente para os adolescentes – os mais velhos tendem a ser atendidos de forma mais diluída em atividades de saúde da mulher e clínica. Mas a leitura dessas necessidades específicas, seja pela ênfase biomédica, seja por posições preestabelecidas de caráter normativo, por vezes impregnado de juízos morais, acaba obstaculizando possibilidades de um efetivo diálogo com esses sujeitos.

Marcela, 13 anos, sexo feminino, parda. Vem em consulta de retorno, acompanhada pela mãe. Sua queixa é em relação à menstruação que considera muito abundante. Dra. Beatriz faz interrogações sobre o fluxo, a duração, a periodicidade, etc., e explica que está dentro do normal. A menina tampouco sente dor ou muita indisposição. Dra. Beatriz diz que mãe e observadora podem ficar durante o exame, que é normal. Dra. Beatriz faz orientações sobre a aceitação da menstruação e sua importância, como sinal de normalidade e saúde. Solicita exames de hormônios relacionados à menstruação. A menina sai do consultório com um semblante que indica que ainda não ficou satisfeita.

(Caderno de campo: observação de consulta de hebiatria)

Finalidades do trabalho em saúde com adolescentes e jovens

Apesar de dispor de um programa específico para adolescentes e jovens, há pouca discussão no serviço sobre projetos de cuidado que integrem os diversos saberes e ações dos profissionais, assim como restritas interfaces entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

"Existem algumas outras interações; por exemplo, vai ter uma ação de educação e... educação e saúde, parece-me que na semana que vem. [...] Esses detalhes quem sabe dizer mais é a Catarina (TO), porque ela é que tem participado. Porque... como eu tenho uma restrição de tempo, né? Eu faço a minha carga horária, 20h por semana. Então eu fico, logo cedinho, aqui, depois eu tenho os outros tempos todos ocupados. Então eu faço muito pouca participação". (Beatriz, hebiatra)

As interações entre os profissionais estão pautadas na lógica de encaminhamentos internos. Percebe-se que um importante objetivo do serviço reside em responder às demandas pelas quais se é interpelado no dia a dia – o que fica expresso tanto nas consultas marcadas pela lógica "queixa-conduta" como no enfoque das reuniões na resolução de casos particulares, restritas ao planejamento da próxima atividade sem maiores discussões sobre projetos de cuidado singularizados, ou um projeto para o Programa em geral.

Não há uma tecnologia de organização do acesso à Unidade. O encontro entre jovens e serviço é baseado no "boca a boca" e na demanda espontânea. De forma geral, o serviço faz pequeno uso de protocolos para orientação de suas ações, bem como para oferta de cada tipo de atividade para os usuários; e o condicionante para que determinado atendimento seja marcado é o interesse do usuário e a disponibilidade de vagas, em detrimento de uma discussão sobre o impacto das ações para as necessidades que estão em questão, sejam individuais ou coletivas. Além disso, o modelo de atenção toma, como universo das ações de saúde, os usuários matriculados, e não o território, havendo escassa possibilidade de instrumentos para busca ativa de usuários.

Um menino de 13 anos solicita uma consulta com a médica hebiatra para o irmão mais novo, de 11 anos, que o acompanha. A recepcionista diz que só tem vaga para o dia 25 de novembro e pergunta se pode ser. Eles concordam. Ela, então, faz o agendamento no computador e marca no cartão. [...] Questionada pela observadora se segue alguma orientação, ela responde que, em geral, apenas atende ao que a pessoa solicita, verificando quando tem data. (Caderno de campo: observação da recepção)

Articulação entre saberes e ações no cuidado de adolescentes e jovens

A maior parte dos profissionais sabe que existe o Programa para adolescentes e jovens e o vincula, sobretudo, aos profissionais de Terapia Ocupacional e de Hebiatria, mas, em geral, desconhece o que é feito nele, sendo que alguns trabalhadores do serviço sequer têm conhecimento de sua existência.

O trabalho é centrado em algumas pessoas, particularmente na figura da Terapeuta Ocupacional, a profissional mais procurada pelos adolescentes já inscritos no Programa, e que polariza a organização do trabalho, conforme atestam as observações de suas atividades no dia a dia, assim como a sua forma de condução nas reuniões semanais do grupo, ainda que seja perceptível um esforço de integração. Outro exemplo de centralização é o controle dos casos de adolescentes que passam em atendimento hebiátrico em uma pasta paralela ao prontuário e arquivo da UBS, não acessado pelos outros profissionais.

Ainda sobre o atendimento hebiátrico, este é baseado na demanda espontânea, cuja divulgação é feita pelo "boca a boca", por parte de adolescentes, sobretudo do sexo feminino. O encaminhamento de adolescentes para atividades em grupo está relacionado à detecção de riscos sociais e às dificuldades de aprendizado, sobretudo pela hebiatra, e, em menor escala, por outros profissionais da clínica e pediatria: ginecologia e obstetrícia – encarregados, respectivamente, do pronto atendimento e responsáveis pelo pré-natal de adolescentes e jovens. A observação verificou que a integração se dá, sobretudo, pela referência interna das próprias usuárias e, menos, por mecanismos formais e pelo desenvolvimento de trabalhos conjuntos. Alguns dos profissionais entrevistados consideram, contudo, que a relação entre o Programa de adolescentes e os responsáveis pelo pré-natal é satisfatória.

"[...] a gente tem o Doutor [...], um ginecologista que não faz parte, que não participa das discussões, mas é uma pessoa que já tem uma abertura pra estar fazendo mais o acolhimento dessas nossas adolescentes. Tanto é que a Paula (assistente social) fazia um grupo, já no dia em que ele fazia o atendimento, e já tinha um canal aberto pra estar encaminhando algumas situações pra ele". (Beatriz, hebiatra)

Outro ponto de articulação dentro da UBS se dá entre a fisioterapeuta e os profissionais que integram o Programa, sobretudo com a Terapeuta Ocupacional, a quem busca ajudar com atividades para além da reabilitação. Adicionalmente a encaminhamentos de usuários para fisioterapia motora e respiratória, há, ainda, o de adolescentes para um trabalho de consciência corporal por meio da atividade física, visando agir sobre situações de comprometimento da autoestima.

"A Catarina, por exemplo, TO, acredita que o corporal não está bom, e que, se ele melhorar, que vai ajudar a questão de estar trabalhando. Ela manda para mim, mesmo que essa pessoa que eu vou atender não tenha nenhum problema respiratório, nem ortopédico; a gente vai estar fazendo um trabalho corporal levando a uma melhora". (Ana, fisioterapeuta)

Destaque-se, aqui, o exemplo de uma rica possibilidade de interação interdisciplinar na produção do cuidado, embora, como já apontado, operado de modo informal e dependente de demanda clínica.

Há também um grande fluxo de adolescentes e jovens no serviço de saúde bucal oferecido na UBS, que desenvolve um trabalho com escolas da região, embora não se verifique uma interação entre eles e os profissionais do Programa. A propósito, a área de saúde bucal tem pouca articulação também com os demais setores da UBS e com o território adscrito. São atendidas escolas externas à área de referência da UBS, sendo a recepção e marcação de consultas independentes dela.

Em síntese, predomina, na equipe, um caráter de justaposição de saberes, e não de construção compartilhada, além de ser marcado pela tendência ao monopólio e centralização de competências. Há falta de espaços efetivos de comunicação entre os profissionais. É possível que isso se relacione à falta de tecnologia para operá-la concretamente, e, sobretudo, de mecanismos de gestão que favoreçam a integração entre profissionais e atividades do serviço.

No que se refere a articulações intersetoriais, não houve relato, nas entrevistas ou nas observações, de atividades sistemáticas com grupos ou instituições externas à Unidade, exceto pela iniciativa de utilização de aparelhos de lazer da área adscrita à UBS, como quadras esportivas em praça pública e parques, em parceria com profissionais de equipamentos culturais da região.

No decorrer da pesquisa, notou-se que o eixo das articulações é um ponto delicado para o serviço, pois, ainda que existam algumas iniciativas, são pontuais e têm baixa institucionalização pela UBS, o que significa dizer que elas são dependentes de atitudes individuais de alguns profissionais. Esse fato tem relação com o modelo de organização da equipe, a justaposição de saberes e a centralização de papéis, além de um modelo de gestão que não favorece o compartilhamento dos instrumentos de trabalho nem dos projetos terapêuticos e institucionais (Campos, 2010; Brasil, 2007; Peduzzi, 2001). Um aspecto que se mostrou positivo é que a UBS tem um conhecimento amplo da rede intersetorial da região, mas o mesmo não se verifica em relação aos equipamentos comunitários que poderiam também ser parceiros.

Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho

A interação entre os adolescentes e jovens e os profissionais de saúde mostra-se cordial, mas tende à assimetria e verticalidade, sobretudo, nos espaços assistenciais, quando considerados os aspectos relativos ao caráter "demandante" e "pouco disciplinado" do grupo. Algumas atividades que poderiam ser ampliadas, tanto em termos de espaço físico como de distribuição nos períodos de atendimento, por vezes, não foram incentivadas com base na crítica – relativamente comum entre os trabalhadores que não integram o Programa específico – de que adolescentes e jovens são inconvenientes.

"E a brinquedoteca criou uma situação de adolescente, de criança, onde eles vêm para a Unidade, ficam brincando no estacionamento, eles ficam em volta da Unidade... e isso cria mais... as situações as mais hilárias possíveis. Os funcionários se reúnem para dizer que trabalhar com o barulho da brinquedoteca não é possível. [...] O barulho das crianças chorando na vacina, que ecoa aqui para cima, não tem problema, mas, brincando... realmente é um negócio que incomoda". (Priscila, auxiliar de gerente)

Quanto aos profissionais, destaca-se a reduzida possibilidade institucional para a interação a partir de espaços formais para a discussão de temas, tecnologias, concepções e projetos para a integralidade do cuidado, ou mesmo, a troca de experiências sobre o cuidado de adolescentes e jovens, haja vista que as reuniões de equipe são centradas em questões gerenciais ou técnicas pontuais, e a participação é condicionada pela disponibilidade individual.

"[...] eu não participo da reunião de equipe por questões pessoais... mais ou menos dois anos... porque já eu estou muito velha pra ouvir algumas coisas, entendeu? E muito velha pra não falar outras. Então, por questões pessoais que eu não participo mais de algumas... de todas as reuniões, pra ser bem sincera, né?". (Ana, fisioterapeuta)

Cabe, nesse aspecto, discutir o sentido de pessoalidade na "escolha" de participar ou não das reuniões – que não são, portanto, uma exigência da gestão do trabalho –, além da necessidade de apontar para um padrão de intersubjetividade em que há dificuldades em relação ao reconhecimento mútuo das identidades e alteridades e no lidar com as divergências.

É possível traçar um paralelo entre esse padrão de inter-relacionamento profissional e a forma de interação entre a UBS e sua supervisão técnica, marcada por forte unidirecionalidade. Menciona-se, nesse contexto, que algumas tentativas que visam facilitar a apropriação do espaço físico da Unidade pelos usuários, por exemplo, por meio da utilização de comunicação visual, foram questionadas pela supervisão técnica da região, trazendo constrangimentos aos profissionais que a propunham e limites ao acolhimento da clientela.

A análise das interações entre profissionais e adolescentes demonstra baixo reconhecimento, por parte dos primeiros, sobre a importância de se valorizar a dimensão intersubjetiva no processo de trabalho em saúde. Particularmente expressivas, nesse aspecto, são as ações de cunho disciplinador e normalizador relacionadas à permanência dos adolescentes no ambiente da UBS, que desconsidera características dessa fase da vida. O trabalho em saúde reclama, fundamentalmente, encontros entre usuários e trabalhadores, e tais momentos podem se configurar de diferentes formas: isto é, desde situações extremas que enfatizam a impessoalidade das práticas até a busca de reconhecimento mútuo, caracterizando-se, de fato, como um diálogo (Ayres, 2004).

Uma síntese dos resultados em relação aos quatro eixos analíticos da integralidade encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3. Achados sobre cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens no serviço de APS

Eixos	Resultados (alcances e desafios)
Necessidades	Adolescentes trazem questões sobre sexualidade, reprodução, problemas socioeconômicos e familiares. Profissionais tendem a trabalhar com demandas ativamente expressas, com abordagem centrada em queixas e leitura biomédica.
Finalidades	Ações diversificadas, mas com pouca discussão sobre projetos de cuidado integradores e restritas interfaces entre promoção, prevenção, cura e reabilitação.
Articulações	Cuidado baseado em ações individuais; limitada integração da equipe multiprofissional; ações intersetoriais relevantes na região, mas não há política de articulação institucional e intersetorial com resultado efetivo.
Interações	Relações cordiais, mas com tendência à verticalidade e assimetria entre jovens, profissionais e gerência. Pouca efetividade tecnológica de espaços de construção intersubjetiva de projetos institucionais de cuidado. Fragilidade dos processos de reconhecimento e escuta mútua.

Conclusão: pontos de chegada e horizontes nos caminhos da integralidade

A investigação nos mostra que, embora haja efetiva percepção da especificidade da atenção à saúde de adolescentes e jovens, assim como propostas positivas de resposta no serviço estudado, estas são ainda insuficientemente exploradas e excessivamente dependentes de iniciativas individuais, erguidas sobre as demandas trazidas por esse público à UBS. Assim, não só parte das necessidades do grupo não é apreendida, como é trabalhada de maneira tímida, diante das potencialidades identificadas no serviço para a construção de projetos de cuidado integral; destacando-se, aqui, a insuficiência das interações profissionais e setoriais e a fragilidade da dimensão comunicacional nos encontros entre profissionais e usuários.

A construção de um espaço efetivamente acolhedor e de atividades programáticas eficazes para esse público ainda requer estudos, atenção e interesse por parte dos trabalhadores e gerentes, bem como investimentos nos diversos caminhos para a prática da integralidade. Exige corresponsabilidade da equipe, a começar por processos de gestão que potencializem o trabalho multiprofissional e encontros, priorizando o trabalho em equipe orientado para mudanças no cotidiano do serviço e melhora na qualidade dos atendimentos prestados.

A APS exige uma atenção à saúde integrada como contrapartida à fragmentação na forma de especialidades; o reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos; e o compromisso com a produção de saúde e cuidado integral. Isso implica instigar as práticas integradoras, de distintas ordens e distribuídas em distintos planos.

Além disso, a APS agrega condições propícias para propor tais mudanças e realizá-las, dado que é a principal porta de entrada no SUS; é orientada tendo em vista o atendimento a territórios específicos, e não a agravos, como é o caso da atenção secundária e terciária; traz inúmeros elementos para a atuação multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial; e pode ser um espaço perene de encontros e diálogo permeado por trocas intersubjetivas capazes de produzir relações mais saudáveis e promover a comunicação e a construção de redes.

Não podemos esquecer que a natureza e a qualidade desse tipo de produção, que não é material (um produto palpável, como um medicamento, por exemplo), mas imaterial (serviço, encontro), são uma forma de fazer e refazer os modos de pensar e agir em saúde.

Os achados deste estudo apontam, em síntese, que o desenho de ações em APS, especificamente voltadas para adolescentes e jovens, funciona positivamente como um diferencial capaz de propiciar, simultaneamente, a particularização de projetos de cuidado – segundo uma identidade específica do

modo de ser (físico, mental, cultural etc.) – de determinados sujeitos e a identificação de necessidades e finalidades que vão além do espontaneamente demandado e clinicamente definido nos serviços de saúde, ampliando-as para aspectos relativos à sociabilidade, escola, trabalho, lazer, sexualidade, reprodução, entre outros. Esse potencial de caminhar na direção visada pelo princípio da integralidade não encontra ainda, contudo, instrumentos para integrar e qualificar o cuidado, no cotidiano do trabalho da equipe e do serviço, segundo essa perspectiva mais ampla e complexa.

Nesse sentido, reitera-se que o maior desafio na construção da integralidade está, de fato, na intimidade do processo de trabalho com adolescentes e jovens, como talvez, também, para outras identidades demandantes da integralidade na organização do cuidado em saúde. Mesmo quando as necessidades e finalidades já estão em pleno processo de ampliação e requalificação, como no caso aqui estudado, será difícil responder a elas de modo efetivo enquanto não forem superadas barreiras que estão, especialmente, no plano das articulações (entre saberes, profissionais, atividades e setores de atividade) e das interações (entre sujeitos profissionais e usuários).

Por isso, ressaltam-se, aqui, como caminhos para a construção/fortalecimento de tecnologias de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na APS (e, possivelmente, também para outros recortes identitários que suscitem a abordagem integral): o aperfeiçoamento de espaços e mecanismos de escuta atenta e livre de preconceitos e condenação moral das necessidades de saúde de indivíduos e populações; o exercício ativo da inter e transdisciplinaridade, bem como da gestão democrática e participativa no cotidiano do trabalho das equipes – com discussão de projetos de cuidado, por exemplo; o estabelecimento de vínculos sólidos entre usuários e profissionais, por meio da garantia do sigilo profissional e da oferta de locais acolhedores; o trabalho em grupo com metodologias problematizadoras, que propiciem, a partir das vivências dos sujeitos, as análises de situações e as construções de respostas possíveis em relação às necessidades de saúde; o registro sistemático das atividades e seu acesso/uso compartilhado por todos os profissionais e nas diversas atividades do serviço; as atividades de formação permanente de usuários e profissionais sobre o SUS, seus objetivos e seus princípios; os trabalhos em rede, formais e informais, com outros serviços de saúde e equipamentos sociais e comunitários.

Colaboradores

José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres coordenou a elaboração e realização do projeto de pesquisa, o protocolo geral e o componente adolescentes e jovens; participou da análise final e da redação do artigo. Yara Maria de Carvalho participou da elaboração e realização do projeto de pesquisa, o protocolo geral e o componente adolescentes e jovens; participou do trabalho de campo, das diversas fases de análise e da redação do artigo. Mariana Arantes Nasser, Rodrigo Marcinkevicius Saltão e Valéria Monteiro Mendes participaram do trabalho de campo, das diversas fases de análise e da redação do artigo.

Referências

- ABRAMO, H.W.; BRANCO, P.P.M. (Orgs.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc.*, v.18, n.2, p.11-23, 2009.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.*, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

_____. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saude Debate*, v. 18, n.42, p.54-8, 1994.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.66-85.

BRASIL. Palácio do Governo. Casa Civil. **Lei n. 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização. **Cartilha HumanizaSUS: gestão participativa/co-gestão**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2011.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc. Saude Colet.*, v.15, n.5, p.2337-44, 2010.

COATES, V.; BEZNOS, V.W.; FRANÇOZO, L.A. (Orgs.). **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 2003.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saude Publica*, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.

MUUSS, R. **Teorias da adolescência**. 5ª ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

OLIVEIRA, M.C. (Org.). **Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México**. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP), 1999.

OMS. **El embarazo y el aborto en la adolescencia**. Genebra: OMS, 1975.

OZELLA, S. (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saude Publica*, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

QUEIROZ, L.B. **A medicina de adolescentes no estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. (Orgs.). **Adolescência, prevenção e risco**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

- SETIAN, N.; COLLI, A.; MARCONDES, E. (Orgs.). **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.531-62.

AYRES, J.R.C.M. et al. Caminos de la integralidad: adolescentes y jóvenes en la Atención Primaria de Salud. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**

Adolescentes y jóvenes constituyen importante desafío en la construcción de la integralidad en la Atención Primaria en Salud. Eso se debe a la compleja aprehensión y respuesta al conjunto de sus necesidades, resultantes del proceso de crecimiento y desarrollo inherente a la fase, pero sobre todo, a los aspectos socio-culturales relacionados. Este estudio buscó reconocer los alcances y límites en la manera como el principio de la integralidad viene siendo manejado en una unidad básica de salud. A pesar de que ha sido posible reconocer una efectiva percepción de la especificidad necesaria a la atención a la salud del grupo, se han verificado importantes limitaciones en la construcción de proyectos de cuidado capaces de integrar las diversas finalidades del trabajo en el cotidiano de la unidad, resaltando la insuficiencia de las interacciones profesionales y sectoriales, así como las fragilidades en la comunicación entre los profesionales, y entre ellos y los usuarios.

Palabras clave: Adolescentes. Jóvenes. Atención Integral en Salud (Integralidad). Atención Primaria en Salud.

Recebido em 03/02/2011. Aprovado em 14/06/2011.



Atualização

Current Comments

Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*

Multiprofessional healthcare team: concept and typology

Marina Peduzzi

Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Equipe de assistência ao paciente.#
Recursos humanos em saúde.
Organização e administração.#
Ocupações em saúde.# Relações
interpessoais. Comunicação. Análise e
desempenho de tarefas.

Keywords

*Patient care team.# Health manpower.#
Organization and administration.#
Health occupations. Interprofessional
relations. Communication. Task
performance and analysis.*

Resumo

Apresenta-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe. O conceito e a tipologia foram elaborados com base na literatura sobre o tema e em uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde, fundamentada teoricamente nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo. Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A tipologia proposta refere-se a duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento, e os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe dizem respeito a comunicação entre os agentes do trabalho; diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.

Abstract

This paper introduces concept and typology to teamwork as well as criteria to identify types of teams. The concept and the typology were developed based on the literature and research on multi-professional work in healthcare, based in the theory of studies on work process in healthcare and in the theory of communicative action. According to this theoretical proposition, teamwork is a form of collective work characterized by a reciprocal relationship between technical interventions and the interaction of agents. The proposed typology refers to two forms of teams: integrated teams as opposed to groups of people. The criteria to identify the types of team are related to communication among work agents; technical differences and inequality in social recognition of specialized works; formulation of a common care program; specificity of each professional area; flexibility of work division; and technical autonomy.

INTRODUÇÃO

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse pro-

cesso tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Correspondência para/Correspondence to:

Marina Peduzzi
Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: marinape@usp.br

*Baseado em tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 1998. Pesquisa financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Processo nº HDP/HDR/HSP/RG/BRA/1236). Edição subvencionada pela Fapesp (Processo nº 00/01601-8).
Recebido em 17/11/1999. Reapresentado em 29/6/2000. Aprovado em 5/9/2000.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs)* mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima *apud* Fortuna⁴ (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos³ que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.

A produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde particularmente com base em pesquisas empíricas em serviços. Assim sendo, no presente artigo, apresentam-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe, elaborados a partir de investigação empírica.¹⁰

Essa citada investigação foi desenvolvida na modalidade de pesquisa qualitativa, e a coleta de informações foi realizada por meio de observação direta e entrevista semi-estruturada em quatro situações distintas de equipes de saúde (enfermaria clínica e unidade de terapia intensiva hospitalares; ambulatório de especialidades gerais; e ambulatório de saúde mental). Tal pesquisa teve por objetivo (a) identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo e (b) compreender as relações entre as situações objetivas de trabalho e as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional. A análise tomou como referencial teórico os estudos

do trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas (1989).⁵

A perspectiva habermasiana, que distingue agir-instrumental e agir-comunicativo, articulada às concepções sobre processo de trabalho em saúde, permite abarcar a complexa dinâmica da ação multiprofissional, contemplando dialeticamente a dimensão estrutural dos arranjos persistentes e cristalizados do trabalho e da racionalidade assistencial, bem como a dimensão dos sujeitos partícipes, expressa na intersubjetividade. Esse referencial teórico mostrou-se consistente no tratamento do objeto de estudo e resultou na proposta de categorias empíricas e conceitos explicativos sobre a equipe multiprofissional, apresentada a seguir. Assim sendo, tanto o referencial quanto as categorias poderão contribuir para futuras pesquisas sobre o tema.

REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização da categoria analítica “trabalho”, segundo a vertente marxista (Marx,⁷ 1994), vem pautando os estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina. Nessa linha, ressaltam-se, especialmente, os estudos de Mendes-Gonçalves,^{8,9} que investigam a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes), e os estudos de Schraiber,¹¹ que aprofundam o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho.

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Quanto à divisão técnica do trabalho, deve-se assinalar que, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Há que se considerar, simultaneamente, as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, uma vez que toda divisão

*Consultadas as bases de dados Medline, 1993 a 1997, unitermo “patient care team”/history, trends, utilization; e Lilacs, 28 edição, set./1997, unitermo “equipe de saúde”.

técnica reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.^{2,7}

Habermas⁶ introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação.

O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado.⁶

A interação refere-se ao agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa.^{5,6} Habermas⁵ chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Pode-se medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala.

Numa atitude orientada para o entendimento mútuo, o sujeito falante ergue, em todos os proferimentos inteligíveis, as seguintes pretensões de validade: (a) a sinceridade ou a autenticidade do interlocutor,

verificadas pela consistência de seu comportamento; (b) a verdade proposicional, que é a verdade das afirmativas ou dos enunciados feitos; e (c) a correção normativa, ou seja, a correção das normas que subjazem aos enunciados feitos.^{1,5}

Nesse quadro interpretativo, que pressupõe a relação recíproca entre trabalho e interação, tem-se, (a) da perspectiva do trabalho, o destaque para o âmbito da atividade ou intervenção técnica, e (b) da perspectiva da interação, o destaque para a intersubjetividade,* que pode ocorrer nos termos do agir-comunicativo, tal como analisado por Habermas. Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário.

Como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. Esta é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários.¹² A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho.¹²

TIPOLOGIA DO TRABALHO DE EQUIPE

Com base na literatura e no quadro teórico apresentado (Tabela), observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela

Tabela – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

*Destaca-se a existência de dois planos de interação dialógica no trabalho em saúde, um referido à comunicação com a população e com usuários e outro à comunicação entre os agentes. É essa intersubjetividade que é tratada, em especial, neste artigo.

fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Com base nessa distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes (Figura).

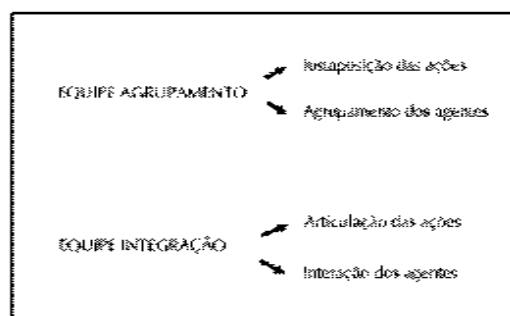


Figura - Tipologia do trabalho em equipe.

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.

Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes. A seguir estão descritos os critérios que podem auxiliar no reconhecimento das equipes de trabalho enquanto pertencentes a uma modalidade ou outra. Ou seja, o que caracteriza uma equipe integração ou uma equipe agrupamento (Tabela).

Comunicação entre os agentes do trabalho

Todos os sujeitos entrevistados na pesquisa empírica,¹⁰ na qual está baseado o presente artigo, expressam uma representação acerca do trabalho em equipe que converge para destacar a comunicação. A articulação das ações, a coordenação, a integração

dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. No entanto, essa comunicação manifesta-se de três diferentes formas.

Uma delas é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho. A comunicação, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo.

Outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação.

A terceira expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrínseca relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões.

A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim *a priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se

dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir-instrumental busca-se um certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

Projeto assistencial comum

Foi feita referência à elaboração de um projeto assistencial comum, como sinalizador de integração da equipe. Este constitui um eixo em torno do qual se dá a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação. É preciso destacar que o projeto comum refere-se à determinada equipe e não a todas as supostas equipes existentes. Trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum. Os agentes partem de uma realidade dada e, dentro de certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho e pelo agir-comunicativo, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais. Tais concepções, compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos participantes. Os agentes estão de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que constitui o projeto comum.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Trabalhos diferentes e trabalhos desiguais

Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam

ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho.

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual.

Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos.

Nesse sentido, observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Braverman H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
5. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
6. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa (PT): Edições 70; 1994.
7. Marx K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.
8. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1).
9. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
10. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
11. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Méd Salud* 1993;27:295-313.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Braverman H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
5. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
6. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa (PT): Edições 70; 1994.
7. Marx K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.
8. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1).
9. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
10. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
11. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Méd Salud* 1993;27:295-313.



O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde

Care, (the) human being and health practices

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Livre-Docente, Professor Associado, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

E-mail: jrcayres@usp.br

Resumo

As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. Este ensaio de reflexão tem como objetivo examinar, desde uma perspectiva hermenêutica, alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde. O conceito ontológico de Cuidado (*Sorge*), de Heidegger, em suas relações com os modos de ser (do) humano, é a base da revisão crítica empreendida acerca das características atuais da atenção à saúde. O desenvolvimento da análise é orientado por um estudo de caso de atenção primária à saúde, extraído da experiência profissional do próprio autor. Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Cuidado; Integralidade; Humanização; Hermenêutica; Fenomenologia.

Abstract

Contemporary health practices are facing an important crisis in their history. In contrast with their huge scientific and technological development, these practices are finding severe limitations for effectively responding to the complex needs for care of individuals and populations. Recent proposals on humanized and comprehensive approaches are powerful and disseminated strategies for creatively facing the crisis and building alternatives for the organization of health care in Brazil. This reflexive essay aims to examine from a hermeneutical point of view some of the philosophical and practical challenges to be faced in the way of the humanization of health practices. Heidegger's ontological concept of Care (Sorge), in its relations with (the) human being is the basis for a critical review of current characteristics of health care. The analysis is driven by a case study on primary health care, taken from the author's own professional experience. Life project, identity building, confidence and responsibility are pointed out as main features to be considered in the comprehension of interactions between health professionals and patients and as key issues in the ethical, political and technical renewal of health care.

Key words: Care; Comprehensive Care; Humanization; Hermeneutics; Phenomenology.

Relato de um Caso

“Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia - o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta¹ veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse.

1 Nome fictício.

Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado— que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa— o grande sonho, seu e do marido— construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.”

Acerca do Objeto e Pressupostos desta Reflexão

A narrativa acima é o relato de uma experiência do autor em suas atividades de assistência médica em uma unidade de atenção primária à saúde. Abrir o pre-

sente ensaio com esta narrativa tem um duplo propósito aqui. O primeiro deles é buscar, através da narrativa, uma aproximação, antes de tudo estética, do leitor ao assunto a ser tratado: o humano e o cuidado nas práticas de saúde. Trata-se de chamar o leitor a *perceber* o tema, antes mesmo de uma aproximação mais conceitualmente municiada. O segundo propósito é utilizar o caso como guia da discussão, pois o que na narrativa pode ser mais imediatamente percebido é substantivamente aquilo que se quer explorar de modo mais sistemático ao longo do ensaio: alguns aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde.

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (Schraiber, 1997). Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente no campo da saúde de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc (Czeresnia e Freitas, 2003). Uma tal reconstrução necessita, para sua realização, de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos habermasianos de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa (Habermas, 1988). Há já em curso na saúde coletiva brasileira processos dessa natureza relacionados à reconstrução das práticas de saúde, muito especialmente aquele que gravita em torno das proposições da chamada *humanização da atenção à saúde* (Deslandes, 2004).

O que se busca com o presente ensaio é somar a esse debate, trazendo-se uma perspectiva reflexiva que estrutura em torno à noção de *Cuidado*, uma série de princípios teóricos e práticos que se julga relevantes para iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde.

Um esclarecimento importante deve ser feito antes de se prosseguir, e que diz respeito às pretensões de validade deste ensaio por si só. Na qualidade de um ensaio reflexivo, não teria sentido postular, na argumentação a ser aqui desenvolvida, alguma verificação

puramente factual ou lógica das proposições. Não se trata de aceitar ou rejeitar qualquer enunciado de tipo assertivo, mas de convidar o leitor ao exame da coerência argumentativa e de seu significado e validade prática. Em outros termos, trata-se aqui menos de buscar *conhecer* um dado aspecto da realidade do que procurar *entendê-lo* (Gadamer, 1996). Seguindo na trilha dos saberes de corte hermenêutico que constituem a herança das chamadas “humanidades”, buscase uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente “formação” daqueles que se entendem sobre algo que diz respeito às suas próprias identidades histórica e socialmente construídas (Gadamer, 1996).

Seria também prudente, nessas considerações iniciais, tecer uma certa delimitação terminológica que minimize a polissemia de expressões que têm pautado o processo de reconstrução das práticas de saúde no Brasil. Felizmente há já trabalhos que realizaram a exploração conceitual desses termos de forma muito competente, aos quais se remete o leitor interessado em maior aprofundamento, como os já citados estudos de Deslandes (2004) e Czeresnia & Freitas (2003). A esses, poderiam ser acrescentadas as discussões desenvolvidas e organizadas por Pinheiro e Mattos (2001) acerca da integralidade. Para as finalidades deste ensaio, assume-se a centralidade lógica e prioridade ética da noção de humanização em relação às demais, buscando-se trabalhar com esta no sentido genérico de um conjunto de proposições cujo norte ético e político é *o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum*.

Destaque-se na definição acima, em primeiro lugar, a ampliação do horizonte normativo pelos quais se pensa deverem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, expandindo-o da referência à normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas modernas (Luz, 1988), à idéia mais ampla de felicidade. A idéia de felicidade busca, por outro lado, escapar tanto à restrição da conceituação de saúde a este horizonte tecnocientífico estrito quanto a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como a clássica definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70

(Alma-Ata, 1978). Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente. Já a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, freqüentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização.

Por outro lado, o caráter contrafático, isto é, avesso a qualquer tentativa de definição *a priori*, mas acessível apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à felicidade, deve estar sempre em vista se queremos evitar qualquer tipo de fundamentalismo ou, num outro extremo, de idealismo paralisante, no seu descolamento da vida real. Esse caráter pragmático parece também ser uma marca das atuais perspectivas reconstrutivas. Por fim, e na mesma linha desse traço pragmático, parece claro hoje que, embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma *proposta política*, envolvendo inclusive as instituições do Estado.

Por fim, outro aspecto importante a ser destacado nessas considerações preliminares é o pressuposto, que se quer assumir aqui, acerca do caráter contraditoriamente central das tecnociências da saúde na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, é verdade também que são elas que constroem parte substantiva das experiências vividas em relação às quais são construídas as concepções de saúde, ou os horizontes de felicidade. Com a explicitação desse

pressuposto, quer-se demarcar a distância tanto de proposições que restringem ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde, num messianismo cientificista insustentável, quanto daquelas que vêm no desenvolvimento científico-tecnológico uma espécie de negação dos valores humanistas da atenção à saúde. Oscilando para o polar oposto, cai-se num anticientificismo que parece ignorar que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos. Seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos meios técnicos ou gerenciais de sua aplicação, o que se enxerga neste ensaio como o norte e desafio central da humanização é a *progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana*.

O Cuidado: da Ontologia à Reconstrução das Práticas de Saúde

D. Violeta, participante do caso relatado no início deste ensaio, é freqüentadora assídua de uma unidade básica de saúde. Nunca falta, mas também nunca está satisfeita. O serviço e o profissional que realizam seu atendimento, por sua vez, também não estão satisfeitos. Não podem estar, tanto devido ao elevado grau de hostilidade sempre apresentado pela usuária como porque, dos pontos de vista clínico e epidemiológico, a eficácia da intervenção é muito baixa. Como compreender, de um lado, a ineficácia da intervenção e, de outro lado, por contraditório que pareça, a sólida reiteração dessa intervenção pouco eficaz - ainda mais assombrosa se considerarmos a escala em que situações como essa se repetem diariamente nos diversos serviços de saúde? Por outro lado, por que foi, e o que foi que mudou a qualidade do encontro terapêutico a partir da situação crítica descrita no preâmbulo?

A resposta à primeira pergunta, por si só, já seria suficiente para preencher todo o espaço deste artigo, pela riqueza e complexidade das questões envolvidas, mas, em um necessário esforço de síntese, pode-se

apontar a situação de encontro nãoatualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, como o núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica, como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral. A reiteração da procura não deixa dúvida do interesse legítimo no espaço da assistência, mas a esterilidade mecanicamente vivida e repetida aponta também que as bases dessa legitimidade ainda (ou já) não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação. É como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente cada um sabe, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para que servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia-a-dia do outro.

Agora se está em melhores condições para responder à segunda pergunta, ou começar a respondê-la: o que mudou foi que se passou a procurar, naquele momento, o sentido e o significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas. Mais que isso, ou como base disso, passou-se a procurar o significado da própria presença de um diante de outro: D. Violeta e seu médico, naquele espaço, naquele momento. O que a catarse daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender da falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma lógica que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional. O que se tornou possível pela linha de fuga aberta com a percepção vertiginosa daquele *non sense*, tão em desacordo com a importância do que deveria se realizar naquele espaço, foi a busca da totalidade existencial que permitia dar significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida que, por razões biográficas trágicas, D. Violeta tinha tanta dificuldade de reencontrar. O que criou as condições para a reconstrução da relação terapêutica a partir daquele momento não foi uma técnica, um conceito, foi uma *sabedoria prática*², posta em ação por um

2 Conceito derivado da filosofia aristotélica, repercutido em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como *phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida (Gadamer, 1983).

misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontraram. O final de turno, o cansaço, os ânimos à flor da pele, a insatisfação já crônica de ambos, e tantos outros elementos difíceis de identificar, tudo isso concorreu para irromper o novo. Mas quando se presta bem atenção ao acontecido, apesar de ser difícil responder exatamente o que foi causa de quê, parece bastante evidente que houve um elemento fundamental para a reconstrução do encontro terapêutico que ali ocorreu. Foi o *projeto de felicidade* um dia concebido, violentamente abortado e agora recuperado por D. Violeta que a fez finalmente aparecer no espaço da consulta e, ao mesmo tempo, fez surgir diante dela o *seu* médico. É como se aquele projeto, revalorizado, reconhecido, pudesse ser retomado em um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si.

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade, nesse duplo aspecto, de ser projeto e desse projeto ter como norte a felicidade. O aspecto felicidade já foi discutido acima, diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. Mas o aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. Não por acaso, a ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão “*Cuidado*”³, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos *projetos* no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

Heidegger, um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, designa como *Cuidado*, o próprio ser do ser do humano (*ser-aí, da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano. Estas e outras polaridades são tornadas pos-

síveis e indissociáveis por que o humano é o “ser que concebe o ser”, faculdade esta, por seu turno, constituinte mesma do seu próprio existir. Essa circularidade, Heidegger mostrou não ter nada de viciosa, mas ser a condição de possibilidade de pensar a existência humana sem ter que escolher entre explicações apoiadas em fundamentos impossíveis de serem verificados ou a restrição auto-imposta à positividade lógico-formal e empírica, nos moldes das ciências naturais (Stein, 2002a). Estabelece, assim, as bases para, com Kant, contra Kant e para além de Kant, dar finalmente à filosofia moderna não apenas a fundamentação secular que perseguia já desde o século XVII, mas também as questões e procedimentos filosóficos pertinentes à situação humana na Modernidade (Stein, 2002b). Com a sua fenomenologia hermenêutica e sua analítica existencial, Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (1996), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como *Cuidado* o ser do humano, numa referência a essa “curadoria” que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (Heidegger, 1995).

Não será possível, nem necessário, percorrer as mediações que levam do caráter abstrato do *Cuidado* como categoria ontológico-existencial para o plano das atividades e preocupações práticas do cuidado da saúde. Os interessados podem remeter-se a Foucault (2002), em cuja genealogia podem ser encontrados subsídios preciosos, tanto para a fundamentação histórica da compreensão da existência humana como *Cuidado*, quanto sobre o modo como o “cuidado de si”

3 Do alemão *Sorge*, também traduzido por Cura ou por Preocupação.

(*cura sui*), desde as raízes gregas das sociedades ocidentais contemporâneas, passou a integrar a preocupação com a saúde às determinações mais centrais da construção dos projetos existenciais humanos. Por outro lado, Gadamer (1997), em uma série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode jogar luz sobre os significados de adoecer, do conhecimento científico em saúde e das técnicas e artes de curar. O que cabe destacar aqui desse vínculo entre a ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de saúde é o caráter mutuamente esclarecedor, o potencial hermenêutico, de que se investe a noção de projeto para as práticas humanas, o que tem riquíssimas implicações para o desafio prático de reconstrução das práticas de saúde.

Com efeito, com a breve incursão filosófica à ontologia existencial heideggeriana só se quis fundamentar aquilo que, de resto, um olhar mais atento sobre o caso de D. Violeta já permitiria perceber. Foi a recuperação do seu projeto existencial que permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido, e dar sentido a preocupações anteriores, como o controle da hipertensão. Como foi visto, a irrupção desse elemento no encontro terapêutico, tanto na elucidação do projeto de vida de D. Violeta, como na ressignificação desse projeto com o recurso a um outro pequeno projeto (ou “metaprojeto”), o de narrar literariamente sua história de vida, propiciou a reorientação da assistência na direção de sua humanização, se entendida nos marcos acima definidos.

Mas não apenas o projeto, senão também o Cuidado, deve ser valorizado nesse recurso à ontologia existencial. Heidegger aponta muito positivamente para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstruam, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, tal como aconteceu no caso em discussão.

Este encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases a relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico. É claro que êxito técnico e sucesso prático não são a mesma coisa (Ayres, 2001). O sucesso prático, o alcance da felicidade num sentido existencial, foi além, no caso de D. Violeta, do êxito técnico do controle da hipertensão arterial. Mas foi este êxito técnico que justificou e promoveu o encontro do sucesso prático. O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a *permeabilidade do técnico ao não-técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas. Foi esse diálogo que tornou possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico; foi da possibilidade de fazer dialogar à normatividade morfofuncional das tecnociências médicas com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1988), que (res)significou a saúde, o serviço, o médico. Por isso defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.*⁴

4 Por esta razão utiliza-se a forma de substantivo próprio toda vez que há referência a essa concepção, e como substantivo comum quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum.

Acolhimento, Responsabilidade, Identidades

Uma vez assumidas as implicações do Cuidado para as dimensões propriamente técnicas das práticas de saúde, outro aspecto importante a ser explorado no caso relatado se coloca para exame. Foi dito acima que a inflexão experimentada pela relação terapêutica de D. Violeta com seu serviço e seu médico deveu-se fundamentalmente à procura de sentidos e significados envolvidos na situação de saúde e de vida de D. Violeta. Viu-se também que as condições que determinaram esta inflexão estão envoltas na complexidade de um devir catártico, que não tem interesse maior em si mesmo, mas sim na natureza das motivações e condições que pôs em jogo ali. Nesse sentido, a presença de uma sabedoria prática posta em operação de modo não calculado e não calculável (do contrário não seria uma sabedoria prática) foi apontada como o diferencial que tornou possível o movimento de humanização daquele encontro terapêutico e sua transformação em Cuidado. Quando se trata, agora, de tirar as consequências desse evento para uma reconstrução tecnicamente organizada e orientada pelo ideal de Cuidado, trata-se de identificar, entre os complexos determinantes, as condições de possibilidade para a desejável presença de uma sabedoria prática em meio e por meio das tecnologias do encontro terapêutico.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão foi o privilégio da *dimensão dialógica* do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Isto porque, naquele momento, foi possível ao profissional ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, foi o elemento que fez surgir o médico e sua paciente, a paciente e seu médico.

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Como mostram diversos autores (Silva Jr. e col, 2003; Teixeira, 2003), o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções pro-

postas, nos seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

Foi efetivamente a escuta diferenciada que transformou o contato de D. Violeta com o serviço. Contudo, é importante destacar que nos contatos anteriores da usuária havia também uma preocupação ativa com a escuta, um certo tipo de escuta. Já contando com a insatisfação e reclamações que viriam, oferecia-se sempre uma continente e paciente escuta, que buscava reconhecer sua insatisfação e não deixar que este mau estado de ânimo interferisse sobre a avaliação da hipertensão que justificava sua presença ali. Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. No caso de D. Violeta, sua insatisfação, seu “mau humor”, era apenas um dado incidental, que vinha sendo hábil e cuidadosamente contornado para que a consulta pudesse acontecer. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, o desencontro habitual é entendido como expressão de uma “in-felicidade”, a qual, não por acaso, se manifestava ali no espaço assistencial. Então o humor da paciente frente ao médico, e vice-versa, passa a ser entendido como um indicador de um insucesso prático da relação. A escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. O ato de fechar o prontuário, guardar a caneta e abandonar o diálogo dirigido, quase monológico, que caracterizava os encontros anterio-

res foi uma alternativa escolhida. Haveria outras possibilidades de reação do profissional de saúde à “crise de humores” relatada? Sim, certamente. Uma delas seria seguir apoiando-se na paciência calculada e contornar o mais rapidamente o “ruído” para a avaliação médica. No extremo oposto, uma reação também desmedida poderia decretar a impossibilidade do diálogo, naquela consulta ou em definitivo, tão comumente relatada pelos usuários e profissionais em suas experiências nos serviços. Seria possível, ainda, a convocação de outro profissional para intervir na situação, como o psicólogo, freqüentemente lembrados quando algum “paciente” está com “dificuldade de interação”. Todas essas soluções girariam, contudo, em torno do mesmo eixo, de evitar o ruído à conversa que “realmente interessaria”.

Mas o eixo foi abandonado, ou reconstruído, e paciente e médico aceitaram participar de um outro diálogo, ou melhor, *decidiram* fazê-lo. Essa decisão é outro traço bastante relevante. Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir *em-função-de* (Heidegger, 1995: 259), é tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, atualiza seu projeto existencial na decisão tomada. Decidir é deliberar, tanto quanto determinar (Ferreira, 1986: 524), ao mesmo tempo em que remete a cortar - do latim *caedere* (Cunha, 1982: 241). Há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona outro poder-ser. Ora, esse tomar para si o próprio ser, “abandonando-se” a uma possibilidade sua suscitada por e diante de um outro, remete a dois aspectos mutuamente implicados, que assumem no Cuidado, como atividade da saúde, um lugar destacado: responsabilidade e identidade.

Entre as possibilidades, acima destacadas, para reagir à “crise dos humores”, o que permite compreender a escolha efetivamente feita é a responsabilidade que um assume frente ao outro, no sentido de responder moralmente por algo. Foi o assumir radical das responsabilidades de terapeuta que permitiu fugir à “comodidade” estéril do estar fazendo “corretamente” a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É

também porque se responsabiliza pelo espaço da interação terapêutica que D. Violeta se propõe a reinvestir energias e confiança num convite absolutamente novo, mas no fundo desejado, para aquela antiga (e também conhecida e segura) relação. Essa ativa vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde desta garantia, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

A construção de identidades é um tema difícil e complexo, que não cabe aqui tratar em profundidade. Não obstante, também é impossível refletir sobre a questão da humanização sem passar por esse aspecto, pois no momento em que se age *em-função-de* algo, tornando-se, portanto, caução para esse algo, está-se imediatamente dizendo-se quem se é ou se busca ser. Voltando mais atrás no desenvolvimento da reflexão, a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, traz para o espaço do encontro terapêutico, potencializando-o, um processo de

O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde

Care, (the) human being and health practices

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Livre-Docente, Professor Associado, Departamento de Medicina

Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

E-mail: jrcayres@usp.br

Resumo

As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. Este ensaio de reflexão tem como objetivo examinar, desde uma perspectiva hermenêutica, alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde. O conceito ontológico de Cuidado (*Sorge*), de Heidegger, em suas relações com os modos de ser (do) humano, é a base da revisão crítica empreendida acerca das características atuais da atenção à saúde. O desenvolvimento da análise é orientado por um estudo de caso de atenção primária à saúde, extraído da experiência profissional do próprio autor. Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Cuidado; Integralidade; Humanização; Hermenêutica; Fenomenologia.

já no âmbito da terapêutica médica mesmo. O uso de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações podem seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação particular demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados por meio de médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos, interações medicamentosas, expressão laboratorial de constantes fisiológicas ou padrões morfológicos etc). Essa singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, de resto já celebrizada na máxima clínica de que “cada caso é um caso”, tem sido frequentemente esquecida, levando-se à indistinção entre *caso* como situação particular de certo(s) universal(is) de origem científica e *caso* no sentido de situação singular de um paciente (Gadamer, 1997). Paradigmático, nesse sentido, é a situação da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é um recurso contemporâneo de grandes potenciais e riscos, simultaneamente. Se com ela for mais fácil ver, com o auxílio de uma experiência médica ampliada e organizada cientificamente, modos de melhor manejar a singularidade do adoecimento de quem cuidamos, então ela estará efetivamente contribuindo na direção racionalizadora e humanizadora de sua proposição inicial (Sackett e col., 1997). Mas caso ocorra o inverso, isto é, se as evidências acumuladas levam à correspondência exata do caso em questão à média dos casos estudados pela comunidade científica, então estaremos condenando o manejo clínico a um cientificismo bastante problemático, recentemente condenado pelos próprios mentores da proposta da MBE (Castiel e Póvoa, 2001).

Outras heterodoxias terapêuticas devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimen-

to em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como exemplificado pelos importantes avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos. De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional de saúde conseguir fecundar de seu pensar e fazer de interdisciplinaridade, intersetorialidade e internormatividade, certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta, assim como colocará essa heterodoxia em melhores condições de se ampliar como prática.

Por fim, o que não deve ser esquecido de modo algum, e que também foi demonstrado no caso relatado, é a flexibilidade e dinamismo da técnica. É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática, tal como vimos acontecer na situação de D. Violeta. Para alcançar essa abertura não cabe exatamente uma nova tecnologia, pois, como já referido acima, a racionalidade prática não é de natureza teórica ou técnica. Mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.

O Cuidado, a Saúde e os Coletivos Humanos

Não seria possível concluir o presente ensaio sem fazer referência a um aspecto da maior importância, mas frequentemente negligenciado quando se trata de pensar ou discutir a questão do Cuidado. Trata-se da aplicação deste conceito a coletivos humanos, de um lado, e, de outro lado, da dimensão social dos processos de adoecimento e da constru-

ção de respostas a tais processos.

Quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende, como foi o caso da própria situação prática que guiou este estudo reflexivo. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu *compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum*, fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo.

Em primeiro lugar porque a idéia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do Cuidar, se faz, como já apontado acima, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar, e o que interessa especialmente destacar nessas últimas linhas, é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Com efeito, desde a aurora da Modernidade emergiu, junto a uma consciência histórica da existência humana, a consciência de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio (Rosen, 1994). Por isso, não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência. Os *fatos* em função dos quais estes valores são construídos só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. As respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o re-

sultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão. A distribuição dos recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos, são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário (Ayres e col., 2003; Paim, 2003). Seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupos populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias num sentido mais geral, uma abordagem sócio-sanitária guarda estreita relações com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado, e em dupla direção.

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

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

Por isso, afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

Referências

- ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001, p. 15-17.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E.C. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 205-214, 2001.
- CUNHA, A.G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro, Graal, 2002.
- GADAMER, H.G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H.G. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1983, p. 57-77.
- GADAMER, H.G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa, Edições 70, 1997.
- GADAMER, H.G. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1996.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid, Taurus, 1988.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis, Vozes, 1995.
- LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 161-174.
- PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. Campinas, Papirus, 1991.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. London, Churchill Livingstone, 1997.
- SCHRAIBER, L.B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*. São Paulo, 1997. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- SILVA JÚNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 113-128.
- STEIN, E. *Introdução ao pensamento de Martin Heidegger*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2002a.
- STEIN, E. *Uma breve introdução à filosofia*. Ijuí, Ed. Unijuí, 2002b.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-112.

Recebido em: 27/07/2004

Aprovado em: 09/11/2004

A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas*

Francisco Ortega¹
Denise Barros²
Luciana Caliman³
Claudia Itaborahy⁴
Lívia Junqueira⁵
Cláudia Passos Ferreira⁶

ORTEGA, F. et al. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

The aim of this paper was to present ongoing research on the social representations relating to ritalin in Brazil between 1998 and 2008. Over this period, there was a considerable increase in ritalin usage and expansion of its use to purposes other than therapeutic use. Ritalin has been used not only for treating attention disorders, but also to enhance cognitive functions in healthy individuals. The research has developed through two fields of investigation with different methodologies. In the first field, Brazilian scientific and popular publications have been investigated, with analysis on the arguments justifying ritalin usage and how scientific results are disseminated to the lay public in large-circulation newspapers. In the second field, focus groups have been used to explore the social representations that university students, students' parents and healthcare professionals have in relation to the use of ritalin for enhancing cognitive performance.

Keywords: Attention deficit disorder with hyperactivity. Ritalin. Cognitive enhancement. Brazil. Media.

O objetivo do artigo é apresentar uma pesquisa em andamento sobre as representações sociais da ritalina no Brasil entre 1998 e 2008. Nesse período, houve um incremento considerável do uso da medicação e sua expansão para outros fins além dos terapêuticos. A ritalina tem sido usada tanto para o tratamento de patologias da atenção como para melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis. A pesquisa se desdobra em dois campos de investigação, com metodologias diferenciadas. O primeiro campo investiga as publicações brasileiras, científicas e em mídia popular, sobre a ritalina, analisando os argumentos que justificam seu uso e a difusão dos resultados científicos para o público leigo nos jornais de grande circulação. O segundo campo de investigação usa a metodologia de grupos focais para explorar as representações sociais de universitários, pais de universitários e profissionais de saúde, acerca do uso da ritalina para o aprimoramento do desempenho cognitivo.

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Ritalina. Aprimoramento cognitivo. Brasil. Mídia.

*Texto inédito, sem conflito de interesses, elaborado com base em Barros (2009) e Itaborahy (2009). Financiamento pelo projeto PENSA RIO da FAPERJ. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

¹ Departamento de Políticas e Instituições em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Rua São Francisco Xavier, 524, pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E. Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.550-900. fjortega2@gmail.com

^{2,4} Departamento de Políticas e Instituições em Saúde, IMS/UERJ.

³ Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

⁵ Programa de Estudos e Pesquisas da Ação e do Sujeito (PEPAS), IMS/UERJ.

⁶ Departamento de Políticas e Instituições em Saúde, IMS/UERJ.

Apresentação

O objetivo do artigo é apresentar uma pesquisa em andamento que investiga as representações sociais da ritalina no Brasil na última década. Nesse período, houve um incremento considerável do uso da medicação e sua expansão para outros fins além dos terapêuticos. A ritalina tem sido usada tanto para o tratamento de patologias da atenção como para melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis. A possibilidade de alargamento do uso da ritalina para a população em geral tem suscitado um amplo debate em Saúde Pública e alterado sua percepção social. A pesquisa se desdobra em dois campos de investigação, com metodologias diferenciadas. O primeiro campo investiga as publicações brasileiras, científicas e em mídia popular, sobre a ritalina, analisando os argumentos que justificam seu uso e a difusão dos resultados científicos para o público leigo nos jornais de grande circulação. Para tal, foram pesquisados os principais periódicos brasileiros de psiquiatria e os principais jornais e revistas de ampla circulação no período entre 1998 e 2008. O segundo campo de investigação usa a metodologia de grupos focais para explorar as representações sociais de universitários, pais de universitários e profissionais de saúde, acerca do uso da ritalina para o aprimoramento do desempenho cognitivo.

O consumo da ritalina e a expansão do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

O metilfenidato, conhecido no Brasil como ritalina, é o estimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. Sua vinculação ao diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido fator predominante de justificativa para tal crescimento (Itaborahy, 2009; Caliman, 2006; Lima, 2005; Dupanloup, 2004). Além do tratamento do TDAH, o metilfenidato também é indicado para tratamento da narcolepsia e obesidade, com restrições.

De acordo com o último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre produção e consumo de psicotrópicos (ONU, 2008), em que os dados sobre o metilfenidato são apresentados separadamente dos outros estimulantes, sua produção mundial no ano de 2006 chegou a quase 38 toneladas. Já a fabricação mundial declarada de outros psicoestimulantes, todas as anfetaminas e seus derivados somados, com exceção do metilfenidato, não alcançou 34 toneladas no mesmo ano. A fabricação mundial declarada de metilfenidato passou de 2,8 toneladas, em 1990, para 19,1 toneladas em 1999, o que representa um aumento de mais de 580%. Este aumento é devido ao uso do metilfenidato para o tratamento de TDAH, divulgado mais amplamente na década de 1990. No ano 2000, esta produção caiu para 16 toneladas. Mesmo com queda em alguns anos, a tendência foi de crescimento, chegando a 33,4 toneladas em 2004, 28,8 toneladas em 2005, e quase 38 toneladas produzidas em 2006. Destas 38 toneladas, 34,6 foram produzidas pelos EUA, que são não somente os maiores fabricantes, mas também os maiores consumidores. A maior parte do que os EUA produzem é para uso interno. O consumo nos EUA vem crescendo a cada ano, e hoje representa 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo.

O crescimento da produção mundial de 1990 a 2006 representa um aumento de mais de 1200%. No Brasil, seguindo a tendência, o uso vem crescendo ao longo dos anos. No ano 2000, o consumo nacional foi de 23 kg (Lima, 2005). Apenas seis anos depois, o Brasil fabricava 226 kg de metilfenidato e importava outros 91 kg (ONU, 2008).

Embora seja o estimulante mais consumido, no Brasil e no mundo, a maior parte dos dados e pesquisas sobre o metilfenidato se refere à realidade de outros países, especialmente os EUA. Se, por um lado, a tendência em retratar a realidade norte-americana se justifica por seu consumo bem mais elevado que em relação aos outros países, por outro lado, acreditamos que o crescimento na produção e no consumo no Brasil, em tão pouco tempo, faz com que a compreensão sobre os usos do metilfenidato em território nacional se torne uma questão imprescindível para ações em saúde que envolvam tal medicamento.

A ritalina ficou conhecida, nos últimos anos, por sua associação ao TDAH. Entretanto, este estimulante é comercializado desde os anos 1950 na Suíça, Alemanha e EUA. No início, não havia um diagnóstico específico para seu uso. Essa medicação era indicada para tratar a fadiga presente em vários quadros psiquiátricos, como também para tratar o cansaço em idosos. Nessa época, o uso de tranquilizantes menores também começava a ser recomendado para o tratamento de crianças com vários tipos de problemas de comportamento (Singh, 2007; Dupanloup, 2004).

Se, nos anos 1950, a ritalina era um medicamento que não tinha um diagnóstico como destinação certa, hoje, o valor do uso terapêutico da droga está fundamentado no diagnóstico de TDAH. A ampliação do uso do medicamento e sua confiabilidade passaram a servir como referência para legitimar o diagnóstico (Singh, 2007; Dupanloup, 2004). A ritalina tem sido a primeira opção no tratamento do TDAH, não somente em crianças. A recente ampliação dos critérios diagnósticos que incluem adolescentes e adultos expandiu certamente a base de usuários do metilfenidato (Conrad, 2007; Okie, 2006; Conrad, Potter, 2000). Em certo sentido, o TDAH poderia ser analisado como uma desordem "sem fronteiras" (Rose, 2006) – um diagnóstico psiquiátrico que parece não possuir nem limites internos nem externos. Desde sua constituição, na década de 1970, presenciamos um processo crescente de expansão da categoria. Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais (Joffe, 2005; Mattos, 2005; Weiss, Murray, 2003; Conrad, Potter, 2000).

Como consequência, para muitas crianças diagnosticadas com TDAH, o tratamento medicamentoso passou a ser "para toda a vida". Para elas, o TDAH se tornou uma condição permanente. Por outro lado, adultos nunca antes diagnosticados com hiperatividade, desatenção e impulsividade, começaram a interpretar certas dificuldades em sua vida profissional, pessoal e relacional como sendo signos da manifestação do TDAH. A eles é dito que, apesar de estarem sendo diagnosticados pela primeira vez na vida adulta, os sinais e sintomas que indicam o transtorno já estavam presentes no organismo, embora de forma oculta, não revelada. O papel do processo diagnóstico é revelá-lo e tratá-lo. E, para muitos adultos, o medicamento se tornou necessário "para a vida", como esclarece Joffe (2005, p.68):

O adulto que tem TDAH passa por dificuldades durante o dia inteiro: desde manhã, quando acorda, até à noite, quando tem que organizar a vida pessoal, social e responder às necessidades emocionais das pessoas de sua família. Por isso, se um medicamento ajuda o adulto com TDAH, este precisa ser tomado para durar o dia inteiro e, às vezes, a noite inteira.

Uma pesquisa feita nos EUA, em 2005, estimava que 4,4% dos americanos adultos poderiam ser diagnosticados com TDAH (Kessler et al., 2007). No entanto, para muitos psiquiatras, essa estimativa é ainda conservadora (Kessler et al., 2007). Acreditam que os critérios diagnósticos do TDAH, presentes no DSM IV, são direcionados para o universo infantil e devem ser modificados na publicação do DSM V. Espera-se que haja um aumento na variedade de sintomas avaliados e uma redução na exigência de que a condição seja realmente severa e intensa para ser diagnosticada como TDAH. Assim, acredita-se que os critérios para o diagnóstico do adulto com TDAH se tornem mais flexíveis, inclusivos e brandos.

A indissociabilidade TDAH-ritalina, construída ao longo dos anos 1980 e 1990, fez com que a ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH necessariamente aumentasse o número das prescrições do metilfenidato. A expansão diagnóstica vem sendo repetidamente pleiteada pelas publicações científicas. A maior parte das pesquisas científicas reitera a preocupação com os casos limítrofes que não preenchem os critérios diagnósticos para TDAH, e recomenda a expansão dos critérios diagnósticos. Pois, se o uso da ritalina fica restrito somente aos casos em que a aplicação do diagnóstico não deixa dúvidas, muitos outros casos ficam sem diagnóstico, o que, conseqüentemente, impossibilita a indicação do tratamento medicamentoso. Com a ampliação dos critérios para inclusão diagnóstica, amplia-se, por consequência, o uso de medicamentos recomendados para o tratamento da patologia diagnosticada (Okie, 2006; Dupanloup, 2004).

Os dados norte-americanos sobre o consumo de drogas para tratar o TDAH em adultos são alarmantes. Adultos americanos recebem cerca de um terço de todas as prescrições de drogas comumente usadas no tratamento do TDAH. Entre março de 2002 a junho de 2005, o número de prescrições dadas para maiores de 18 anos aumentou 90% (Okie, 2006). Quantos adultos serão diagnosticados com TDAH e quantos fazem e farão uso do medicamento antes e depois das alterações esperadas na publicação do DSM V é um dado que não podemos prever. No entanto, o que os dados indicam é que o mercado de medicamentos para adultos com TDAH está ainda em desenvolvimento (Rose, 2006) e se legitima, cada vez mais, na definição biomédica controversa do diagnóstico de TDAH.

Em 1998, o “Instituto Nacional de Saúde Americano” (*National Institutes of Health - NIH*) publicou um documento, intitulado *Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity*, no qual explicita que as teorias sobre as causas do TDAH permanecem especulativas e não há nada que prove a hipótese de uma causalidade orgânica, e mais especificamente cerebral (NIH, 1998). No que diz respeito ao processo diagnóstico do transtorno, o documento deixa claro que não há teste válido para o diagnóstico e que não é possível estabelecer limites objetivos entre o TDAH, outras desordens do comportamento e o comportamento normal. No caso do diagnóstico em adultos, ainda é destacada a ausência de critérios bem validados e, novamente, de um teste diagnóstico específico. Critica-se o amplo número de “*symptom-screener*” (escalas de avaliação) e “*self-assessment screeners*” (escalas de autoavaliação) usados por pacientes (NIH, 1998). E, por fim, conclui-se que o diagnóstico é ainda coberto por dúvidas devido às divergências em suas prevalências (Rose, 2006; Singh, 2006).

Publicações brasileiras sobre o metilfenidato: diálogo entre ciência e público

A fim de melhor compreendermos os discursos brasileiros sobre o metilfenidato, os argumentos que justificam seu uso e aqueles que o desconsideram como terapêutica, analisamos os principais periódicos brasileiros de psiquiatria, assim como os principais jornais e revistas de grande circulação, no período entre 1998 e 2008 (Itaborahy, 2009). Além de discutirmos o que é privilegiado e desconsiderado nos principais meios de comunicação impressa, analisamos como as informações divulgadas nos periódicos científicos são apresentadas nos meios de comunicação impressa voltados para o público em geral.

A busca foi realizada primeiramente com as palavras-chave “metilfenidato” e “ritalina”, com seus respectivos termos em inglês. Contudo, notamos que a grande maioria das publicações tinha como temática principal o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, percebemos que muitas publicações sobre TDAH abordavam questões referentes ao metilfenidato sem citá-lo explicitamente. Com isso, incluímos, em nossa amostra, os artigos sobre TDAH que discutem o tratamento medicamentoso para o transtorno. Nesses artigos, a referência implícita ao metilfenidato aparece nas expressões “uso de estimulantes para sintomas de TDAH”, “tratamento medicamentoso para hiperatividade”, “psicoestimulantes para déficit de atenção”, entre outros.

Os periódicos analisados foram todos os periódicos de psiquiatria brasileiros indexados na base Scielo, a saber: *Revista Brasileira de Psiquiatria* (RBP), o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (JBP), os *Arquivos de Neuropsiquiatria* (ANP), a *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* (RPRS) e a *Revista de Psiquiatria Clínica* (RPC). Os jornais e revistas direcionados para o público leigo que foram analisados são os de maior tiragem nacional: a *Folha de São Paulo*, o *Jornal O Globo* e o *Jornal Extra*, além das revistas semanais, *Veja* e *Época*.

Ao todo, foram identificadas 103 publicações, sendo 72 reportagens publicadas nos jornais e revistas de grande circulação e 31 artigos dos periódicos de psiquiatria. No *Jornal Extra* não encontramos nenhuma reportagem que tratasse do tema da ritalina. Este dado se torna relevante por contrastar com as 32 reportagens encontradas na *Folha de São Paulo*. O *Jornal Extra* é um periódico dedicado às classes populares, com reportagens curtas e predomínio de notícias de interesse popular.

A *Folha de São Paulo* apresenta notícias mais longas e variadas, e se direciona a leitores informados, com condição financeira mais elevada. Apesar de ambos os jornais apresentarem uma seção destinada a reportagens relacionadas a saúde, há uma nítida diferença no interesse por temas relacionados aos usos da ritalina. Esta diferença de escolha editorial pode indicar um interesse social pelo consumo da ritalina mais presente nas classes com melhores condições financeiras e com maior escolaridade.

A predominância do tema discutido nos dois tipos de publicações é, de fato, o uso do metilfenidato para tratamento do TDAH. A narcolepsia, outro diagnóstico para o qual o estimulante é indicado, aparece apenas em um artigo científico e nenhuma reportagem aborda tal uso.

Todas as publicações científicas analisadas, que abordam o TDAH, confirmam, em seus resultados, a eficácia do uso do medicamento como terapêutica para o transtorno, e concluem que o medicamento é imprescindível no tratamento do transtorno. Já as reportagens leigas apresentam outros pontos de vista, incluindo, na abordagem sobre o tema, as perspectivas daqueles que incluem outros fatores - como a psicodinâmica do paciente e as exigências e injunções sociais - como concorrendo para alteração dos comportamentos relacionados à atenção, concentração e autocontrole.

Os benefícios do uso do metilfenidato aparecem em 74% dos artigos científicos e em 40% das reportagens destinadas ao grande público. Nos dois tipos de publicações, embora com prevalência diferente, existe acordo a respeito dos principais benefícios do uso do estimulante, como a remissão dos sintomas do TDAH (dificuldades de concentração e impulsividade), melhoria do desempenho escolar e acadêmico, boa tolerância ao medicamento e seu efeito "antidependência", por reduzir os riscos de abuso de drogas na juventude.

Este benefício de "antidependência" é frequentemente apresentado nas publicações analisadas como uma resposta às especulações sobre uma possível dependência ao uso do medicamento. Ou seja, este benefício tem um duplo sentido: o metilfenidato não causa dependência e ainda evita abuso de outras drogas no futuro. Contudo, a afirmação de que o metilfenidato não causa dependência é controversa, pelo menos no que tange a seu uso a longo prazo (Tófoli, 2006; Pastura, Mattos, 2004). A informação encontrada nas bulas dos medicamentos é de que ainda não há dados suficientes disponíveis sobre o uso a longo prazo. A redução da tendência ao uso de substâncias psicoativas parece estar ligada à concepção do TDAH como um fator de risco para o desenvolvimento do abuso de drogas. O benefício da medicação na redução dos sintomas reduziria, conseqüentemente, os riscos próprios do transtorno.

A combinação da medicação com psicoterapias é tema controverso nas publicações. Nos artigos científicos, a combinação do estimulante com terapia apresenta efeitos piores que o uso isolado do medicamento. Nas reportagens não médicas, a psicoterapia aparece como um complemento benéfico do medicamento.

Os efeitos colaterais do uso do metilfenidato são abordados em 40% dos periódicos científicos e em 22% das publicações leigas. Os efeitos adversos apresentados se assemelham nos dois tipos de publicação, tanto os que aparecem com maior frequência, quanto aqueles raros. Os artigos científicos apresentam mais detalhes sobre estes efeitos. A permanência do transtorno e os efeitos do uso prolongado da medicação não são mencionados em nenhum artigo que aborda os efeitos colaterais, nem em qualquer outro artigo. O tempo de uso da medicação é raramente abordado nos dois tipos de publicações. Além disso, o questionamento sobre o risco de dependência ao estimulante com o uso prolongado é, quase sempre, sobreposto pela discussão sobre os benefícios do medicamento em evitar futura dependência de drogas ilícitas. Apesar da insistente afirmação dos artigos científicos de que não há risco de dependência ao medicamento e que o uso do medicamento pode prevenir a dependência de outras drogas, ainda não existem evidências científicas que comprovem esses fatos. A informação encontrada nas bulas dos medicamentos, assim como nos próprios artigos de psiquiatria, é de que ainda não há dados suficientes disponíveis sobre o uso a longo prazo.

O modo de ação do metilfenidato é abordado em cinco artigos científicos, 16% das publicações. Nas publicações voltadas para o público leigo, este tema aparece em 33%. A maior concordância está na hipótese de que o estimulante age como bloqueador da dopamina. As maiores discordâncias são sobre os efeitos do estimulante nas regiões cerebrais. Nas reportagens leigas, são sempre citados os

efeitos sobre a região frontal. Parece não haver consenso científico sobre a ação do estimulante nas diferentes regiões cerebrais (Szobot et al., 2001).

A pouca discussão nos periódicos médicos sobre como a ação do metilfenidato produz os efeitos clínicos observados pode estar relacionada à incerteza ou desconhecimento deste mecanismo. O artigo que apresenta uma revisão bibliográfica sobre os estudos com neuroimagem e TDAH (Szobot et al., 2001) aponta resultados discordantes, tanto em relação às bases neurais do transtorno, quanto em relação à ação do medicamento.

O uso 'não médico' do medicamento não é abordado em nenhuma das publicações científicas pesquisadas. Acreditamos que, se por um lado, o uso para outros fins além do terapêutico não corresponde aos objetos de pesquisa dos especialistas que estudam o TDAH, por outro, notamos uma preocupação destes autores em garantir uma imagem benéfica e segura do metilfenidato, que poderia ser prejudicada por uma discussão sobre abusos do estimulante. Na mídia direcionada para o grande público, o tema do uso ilícito da ritalina está quase integralmente referido aos usos e abusos do medicamento por norte-americanos e ingleses. A maior parte das reportagens foi motivada pelos artigos publicados pela revista *Nature*, em 2007 e 2008, sobre aprimoramento cognitivo a partir de medicamentos (Greely et al., 2008; Maher, 2008; Sahakian, Morein-Zamir, 2007). Todos os artigos apresentam argumentos favoráveis ao uso ilícito da ritalina, mostrando os equívocos morais da interdição do uso do medicamento para melhora do desempenho cognitivo. O consumo 'não médico' no Brasil é indicado pela venda de medicamentos na internet e fóruns com anúncios de procura pelo medicamento, apresentado em duas reportagens.

Concordamos com Ehrenberg (1991) quando ele afirma que a oposição jurídica, historicamente construída, entre drogas lícitas e ilícitas, deve ser ultrapassada em benefício de uma análise do significado das práticas de utilização de medicamentos. Acreditamos que o uso 'não médico' da ritalina aponta para questões que remetem à problemática definição sobre o que é a normalidade, na qual os usos médicos estão baseados por definição.

O que é que a ritalina cura? Para que e para quem ela é necessária? Estes questionamentos têm sido reiteradamente respondidos com a apresentação dos benefícios do seu uso. O debate subsequente tem se limitado aos meios de comunicação voltados para o público leigo.

O uso 'não médico' do metilfenidato - e de outras drogas - não foi o único ponto a se configurar como um problema nas reportagens analisadas. Quase a metade das reportagens da nossa amostra (48,6%) apresenta uma preocupação em relação a um excesso de diagnósticos médicos e prescrição do estimulante, sobretudo por envolver crianças. Esta questão é abordada de modo oposto pelos três artigos científicos (9,6%) que abordam o tema. Nesses artigos, o problema não seria o excesso de prescrições, mas a escassez de diagnósticos. A crença, presente nas publicações científicas, de que muitas pessoas ainda necessitariam do medicamento revela a existência de uma associação direta entre o diagnóstico de TDAH e a prescrição do medicamento.

Observamos que potenciais conflitos de interesse das publicações são raramente mencionados. Apenas oito artigos científicos tornam explícitos os financiamentos dos laboratórios fabricantes. Outro artigo apenas agradece o financiamento do laboratório fabricante. Pesquisando, em cada artigo, cada autor, observamos que o número de artigos que deveriam apresentar conflitos de interesse por receberem financiamento dos laboratórios, ou por possuírem coautoria dos fabricantes, seria de 27 artigos, o que representa 87% dos artigos científicos analisados.

A produção científica nacional sobre os usos do metilfenidato está em grande parte vinculada às pesquisas sobre o TDAH no Brasil. Outros diagnósticos e outros usos são, de certa forma, negligenciados pelas pesquisas brasileiras, como é o caso dos usos 'não médicos' da ritalina. Acreditamos que a omissão do financiamento dos laboratórios fabricantes às pesquisas em quase todas as publicações científicas sobre os usos do metilfenidato é uma grave questão ética e requer maiores cuidados. Os artigos que não são patrocinados pelos laboratórios correspondem, em geral, aos artigos que não abordam o tema do TDAH.

Aprimoramento cognitivo

Como citado anteriormente, o metilfenidato é indicado, sobretudo, para o tratamento de pessoas com TDAH. Contudo, pessoas saudáveis (que não apresentam critérios para diagnóstico de TDAH ou qualquer outra doença que justifique o uso do medicamento) passaram a utilizar esse fármaco para melhorar o desempenho acadêmico (Teter et al., 2006; Barrett et al., 2005). Essa prática, chamada em inglês de “*pharmacological cognitive enhancement*”, se tornou alvo de preocupação em países como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra (Miller, 2006). No Brasil, foram identificados grupos de discussões sobre o uso ‘não médico’ da substância para melhorar o desempenho nos estudos, no orkut e em blogs da internet local. Apesar da confirmação da existência de fóruns de debate entre pessoas interessadas no tema, não foram encontrados artigos científicos nem investigações epidemiológicas que abordem o assunto na realidade brasileira.

Assim, a pesquisa em andamento tem como objetivo identificar as representações sociais que universitários, pais de universitários e profissionais de saúde apresentam sobre o uso do metilfenidato para melhorar o desempenho acadêmico. As três populações citadas foram escolhidas pelo entendimento de serem aquelas que apresentam maior interesse e proximidade com a prática. Na investigação, foi programada a realização de sete Grupos Focais, com uma média de seis integrantes, sendo três grupos com universitários entre 18 e 25 anos, dois grupos com pais de universitários e dois grupos com profissionais de saúde (Barros, 2009). Para caracterizar melhor os participantes da pesquisa, foi elaborado um questionário com perguntas sobre: idade, sexo, nível de instrução; se o entrevistado era assinante de revista ou jornal; se ele apresentava interesse em informações científicas; se, em algum momento, recebeu prescrição para usar ritalina; se fez ou fez uso ‘não médico’ da mesma; se conhece alguém que fez ou fez uso ‘não médico’; se leu ou ouviu sobre essa outra forma de uso e, caso não tenha tido contato anterior com essa informação, se gostaria de ter tido esse conhecimento.

A entrevista por meio de grupos focais foi organizada para investigar: aspectos gerais da prática do aprimoramento cognitivo farmacológico; preocupações éticas, sociais e legais relacionadas à prática; aspectos sociais e cuidados com a saúde; e o entendimento e percepção que os participantes têm da mídia como fonte de informação acerca desse comportamento. Para interpretar as falas e discussões apresentadas nos grupos, foi elaborado um “guia de codificação” com base nos principais questionamentos discutidos sobre esse tema no campo da neuroética (Greely, et al., 2008; Racine, Forlini, 2008; Hylman, 2006; Turner, Sahakian, 2006; Farah et al., 2004; Sententia, 2004; Wolpe, 2002). O “guia de codificação” serviu para nortear a identificação e compreensão dos encadeamentos de representações expressas pelos grupos sobre o uso “não médico” do metilfenidato.

Até o presente momento, foram realizados e analisados os grupos focais com universitários. Os vinte componentes foram recrutados por meio de convites orais feitos por integrantes da equipe de pesquisa. Os dados coletados nos grupos focais foram organizados, de acordo com o guia de codificação, por um dos pesquisadores. Essa primeira categorização foi reavaliada em conjunto com outro pesquisador da equipe utilizando-se o software NVivo.

Os resultados dessa etapa mostraram que as questões mais relevantes envolviam aspectos éticos, sociais e legais relacionados ao aprimoramento cognitivo farmacológico. O tema mais mencionado em todos os grupos foi a **pressão social para atuar**. Outra preocupação significativa foi a **segurança no uso do medicamento** e se esse uso seria comparável ou não aos esteróides e anabolizantes e outras formas tradicionais de aprimoramento. Além disso, foi expressa a preocupação com o risco de haver uma coerção social direta e indireta para uso do remédio, e com a possibilidade de o aprimoramento cognitivo farmacológico aumentar a injustiça social, caso haja um acesso desigual a essa prática. Outra questão que apareceu com frequência foi a influência dos interesses comerciais da indústria farmacêutica no aprimoramento cognitivo farmacológico, assim como a preocupação com a interferência da medicalização na condição humana.

Outros temas surgiram de forma expressiva, mas levantaram divergências durante os debates. Por exemplo, o aprimoramento ora foi considerado como um meio honesto ora como meio desonesto para realizar tarefas acadêmicas. Opiniões contrárias também surgiram quando as discussões tratavam da melhora no rendimento cognitivo, se a melhora poderia ser considerada ou não como um atributo legítimo da pessoa que usou a droga para tal fim.

A pressão social para atuar foi o tema mais mencionado. Em vários momentos, foi ressaltada a necessidade de realizar muito bem um grande número de tarefas em pouco tempo, o que exige das pessoas um comportamento sobre-humano, além do limite. Um participante lembrou que, mesmo havendo uma pressão social para ter bom desempenho, as pessoas podem fazer outras escolhas, e não apenas trabalhar incansavelmente. Outro participante questionou sobre a origem da necessidade de aumentar a capacidade cognitiva da pessoa. Apesar desses dois argumentos, quase todos os integrantes entenderam que o bom desempenho nas tarefas e atividades profissionais é a principal fonte de reconhecimento social, o que justifica tanto esforço e investimento no desempenho cognitivo/acadêmico.

Para os grupos entrevistados, o reconhecimento social tanto estava relacionado ao desejo da pessoa ser "igual" aos outros e, portanto, desejar ter o mesmo desempenho que os outros, quanto ao objetivo de diferenciar-se (destacar-se) deles. A aparente divergência nas aspirações resultou do entendimento de que, para estar homogeneizado ao grupo (sentimento de pertencimento), é necessário manter a individualidade destacando-se do conjunto social.

No presente estudo, o desejo de garantir a inserção no grupo social por meio da posição de destaque (ser o melhor) parece estar relacionado ao ideal cultural de valorização da *performance* nas sociedades contemporâneas. Essa percepção confirma o argumento de Ehrenberg (1991) que relaciona a competição e o consumismo com a responsabilidade de cada indivíduo de inventar a si mesmo mostrando sua identidade por meio das realizações pessoais. O alto valor da *performance* na construção de identidade e reconhecimento social transformou a exigência do bom desempenho em uma "necessidade imediata", relegando a segundo plano necessidades como sono e alimentação. No entendimento dos grupos, a priorização do desempenho das tarefas foi considerada um dos principais motivos para as pessoas buscarem acesso à farmacologia para fins 'não médicos', colocando os riscos de dependência e efeitos colaterais em segundo plano. A falta de cuidado com a segurança da medicação também seria, para a maioria dos entrevistados, uma consequência do interesse comercial da indústria farmacêutica. Assim, ela não divulgaria estudos e informações que expusessem os efeitos danosos de seus medicamentos. Por meio dos informes publicitários, a indústria farmacêutica valorizaria os benefícios dos remédios procurando ampliar a necessidade de consumo de seu produto. Por esse motivo, os integrantes dos grupos demonstraram preocupação com a liberação dos anúncios para o público.

Os universitários entrevistados admitiram preferir que o consumo do metilfenidato, mesmo que legalizado para aprimoramento cognitivo, continue sendo controlado pelas instâncias reguladoras. Esta seria uma forma de garantir a segurança pessoal e social das pessoas. A necessidade da segurança pessoal estaria relacionada ao problema da falta de conhecimento sobre os efeitos colaterais. Já a segurança dos aspectos sociais incluiria a tentativa de impedir a coerção direta e indireta, como também a tentativa de garantir condições de igualdade socioeconômicas.

A possibilidade da prática do aprimoramento cognitivo farmacológico gerar mecanismos sociais coercitivos foi entendida, por quase todos os entrevistados, como um problema, pois isso poderia ferir o direito à liberdade de escolha dos indivíduos. Nas sociedades ocidentais, tal direito é considerado fundamental. Por outro lado, o uso 'não médico' do metilfenidato para melhorar o desempenho cognitivo foi compreendido por alguns como um possível instrumento para diminuir as desigualdades sociais, enquanto, para outros, poderia contribuir para intensificar esse quadro. Os dois posicionamentos, apesar de contrários, foram baseados no mesmo argumento: o direito à igualdade de condições. Essa é outra condição tida como fundamental nas sociedades liberais democráticas que adotaram os direitos humanos.

Mesmo havendo a necessidade de mais investigações sobre as representações sociais do uso "não médico" do metilfenidato para melhorar o desempenho cognitivo, os grupos focais forneceram

significativas informações éticas e sociais sobre o tema. Apesar de o resultado da investigação por meio dos grupos focais não poder ser expandido para todo o universo pesquisado, os dados mostram que o uso 'não médico' do metilfenidato para melhorar o desempenho cognitivo é um tema relevante e que suscita questões éticas importantes entre os universitários. Não apenas questões objetivas relativas à regulamentação e segurança do método para melhorar o rendimento acadêmico, mas, sobretudo, porque levanta questionamentos sobre a pressão social para produzir cada vez mais, melhor e em menos tempo.

Considerações finais

Neste artigo, apresentamos os resultados parciais da pesquisa que indicam pontos relevantes para a compreensão da percepção social da ritalina e sua contribuição na alteração das pautas de comportamentos dos indivíduos e das fronteiras do que é considerado moralmente aceito. Dois aspectos podem ser destacados: sua contribuição no amplo processo de medicalização social e alteração das fronteiras entre normal e patológico; e sua contribuição no processo de modificação nas referências entre o que deve e não deve ser aceito moralmente.

O primeiro ponto a destacar é a relação do medicamento com a construção do diagnóstico. A associação ritalina-TDAH pôde ser constatada na análise das publicações científicas e endossada em seu modo de difusão pela mídia. A análise dos artigos que investigam o uso terapêutico da ritalina em TDAH mostra que estes são unânimes em defender a hipótese segundo a qual a entidade nosológica TDAH é confirmada por responder bem ao efeito terapêutico da medicação. A publicação dos resultados das pesquisas na mídia tem ocupado um papel importante na difusão das informações sobre o transtorno e no aumento da demanda por seu tratamento. Podemos confirmar que também aqui se reproduz uma tendência, já identificada em outros países, de se criarem condições sociais que favoreçam a extensão da população que pode ser incluída no diagnóstico e alcançada pela medicação.

Não está em questão, aqui, a veracidade dos resultados das pesquisas, mas a constatação de uma tendência no modo como se constroem as condições de investigação desse fato, e o papel das concepções subjacentes à patologia, ao indivíduo desatento e hiperativo e aos efeitos da medicação sobre o organismo como confirmação do diagnóstico. A nosso ver, o uso do medicamento vem contribuindo, de forma crucial, para a produção do indivíduo desatento e hiperativo. Não são mais as crianças que são intranquilas ou desatentas, mas passamos a identificar os adultos desatentos (Conrad, 2007; Conrad, Potter, 2000). A disseminação do uso da medicação altera os estados de atenção e concentração, melhorando a *performance* dessas funções e criando novos padrões de normalidade dessa função cognitiva.

A relação entre a eficácia do medicamento e o diagnóstico tem contribuído consideravelmente para a expansão do diagnóstico, gerando o que Hacking (1995) chama de 'efeito rebote' (*looping effect*). Ou seja, há uma ampliação da categoria com inclusão de novos sinais e sintomas, o que faz com que novas pessoas se reconheçam e se identifiquem com os comportamentos que caracterizam o transtorno. Isso produz o aumento da demanda por tratamento e, conseqüentemente, aumento do consumo da ritalina, e aumento do interesse popular pelo assunto. Essa alteração no repertório de conduta dos indivíduos que passam a guiar seus comportamentos pela crença de que são indivíduos portadores de uma patologia, faz com que um maior número de indivíduos sejam diagnosticados, o que tem contribuído para o aparecimento do "adulto com TDAH". Isso torna toda a população candidata potencial a ser portadora do transtorno.

Outro ponto a ressaltar é a alteração das fronteiras do que é moralmente aceito. De um uso lícito e controlado da droga, temos passado para um uso ilícito e abusivo. A expansão do uso da medicação para além dos limites da terapêutica e do objetivo de restituição da normatividade dos indivíduos afetados pelo transtorno tem suscitado amplo debate. O principal argumento contra o uso da farmacologia para aprimorar funções cognitivas é que isso ameaçaria a integridade e a dignidade do ser humano. O principal argumento a favor é a constatação da existência de inúmeras outras práticas de melhoria do corpo e das funções cognitivas por alteração de sua biologia. Aqueles que

defendem a legalização, ou seja, a permissão do uso, e os que chegam a defender a obrigação moral de disponibilizar a medicação para a população como um todo (Savulescu, 2006), argumentam a favor da importância da preservação da liberdade de escolha e autonomia dos indivíduos em decidir o que seria melhor para suas vidas, ou melhor, acreditam que o valor da liberdade individual e da busca pela melhoria das condições de vida sejam um bem a ser preservado. Para aqueles que são a favor de garantirmos um uso que não ofereça risco de saúde para os indivíduos, a escolha pelo uso deve ser uma decisão individual.

O que podemos constatar com os resultados dos grupos focais é que a possibilidade da prática do aprimoramento cognitivo não fere a moralidade dos entrevistados. A prática não chegou a ser vista como algo repulsivo ou imoral a ser combatido. Não foi evidenciado nenhum constrangimento com a prática de aprimoramento cognitivo por meios biológicos. Ou seja, numa primeira análise, os grupos indicam uma alteração na percepção social das fronteiras entre natural x artificial. O que em outras épocas poderia ser visto como um distanciamento de nossa natureza biológica imutável tem sido percebido como algo passível de modificação e interferência. Observamos, nos grupos, uma maior tolerância às práticas que alterem nossa neurobiologia em prol do ideal social de melhoria da *performance* ou capacidade das pessoas.

Contudo, os grupos ressaltaram o papel importante que a pressão social por melhoria da *performance* pode exercer na demanda pelo aprimoramento cognitivo. Nesse sentido, chamam atenção que não necessariamente apenas o exercício da autonomia e melhoria de vida está em jogo em tais práticas. Mas há também injunções culturais, sociais e econômicas, de incentivo à melhoria do desempenho – o que Ehrenberg (1991) chamou de culto à *performance* – que parecem se impor ao exercício das escolhas individuais. Ou seja, a sociedade contemporânea introduziu, como pauta de horizonte para os comportamentos individuais, um aprimoramento constante e uma necessidade permanente de melhoria de suas capacidades. Isso nos faz especular que, em uma sociedade em que os direitos individuais são preservados e garantidos e as oportunidades sociais são mais justas, autorizar a prática de aprimoramento e deixar como critério de escolha individual o uso ou não uso da substância podem não trazer maiores consequências. Mas numa sociedade com o nível de desigualdade que vivemos e a fragilidade das instituições que garantem os direitos individuais, talvez gere nas pessoas uma preocupação com a possibilidade de aumento das injustiças e discrepâncias entre os indivíduos, criando uma nova norma social de desempenho apenas acessível a poucos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- BARRETT, S. et al. Characteristics of methylphenidate misuse in a university student sample. *Can. J. Psychiatry*, v.50, n.8, p.457-61, 2005.
- BARROS, D. **Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.
- CALIMAN, L.V. **A Biologia moral da atenção: a construção do sujeito desatento**. 2006. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.
- CONRAD, P. Expansion: from hyperactive children to adult ADHD. In: _____. (Org.). **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. p.46-69.

- CONRAD, P.; POTTER, D. From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Soc. Probl.*, v.47, n.4, p.559-82, 2000.
- DUPANLOUP, A. **L'Hyperactivité infantile: analyse sociologique d'une controverse socio-médicale**. 2004. Tese (Doutorado) – Université de Neuchâtel, Neuchâtel. 2004.
- EHRENBERG, A. **Le culte de la performance**. Paris: Hachette Littératures, 1991.
- FARAH, M. et al. Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nat. Rev. Neurosci.*, v.5, n.5, p.421-5, 2004.
- GREELY, H. et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, v.456, n.7223, p.702-5, 2008. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v456/n7223/full/456702a.html>>. Acesso em: 12 out. 2008.
- HACKING, I. The looping effect of human kinds. In: SPERBER, D. et al. (Eds.). **Causal cognition: an interdisciplinary approach**. Oxford University Press: Oxford, 1995. p.351-83.
- HYLMAN, S. Improving our brains? *BioSocieties*, v.1, n.1, p.103-11, 2006.
- ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.
- JOFFE, V. **Um dia na vida de um adulto com TDA/H**. São Paulo: Lemos Editorial, 2005.
- KESSLER, R.C. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J. Psychiatry*, v.163, n.4, p.716-23, 2006.
- LIMA, C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- MAHER, B. Poll results: look who's dopping. *Nature*, v.7188, n.452, p.674-5, 2008.
- MATTOS, P. **No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2005.
- MILLER, G. Mental health in developing countries: the unseen: mental illness's global toll. *Science*, v.311, n.5760, p.458-61, 2006.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH. **Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). NIH Consensus Statement**, v.16, n.2, p.1-37, 1998.
- OKIE, S. ADHD in adults. *N. Engl. J. Med.*, v.354, n.25, p.2637-41, 2006.
- ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: statistics for 2006: assessments of annual medical and scientific requirement**. 2008. Disponível em: <http://www.incb.org/pdf/technical-reports/psychotropics/2008/psy_2008.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2008.
- PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, v.31, n.2, p.100-4, 2004.
- RACINE, E.; FORLINI, C. Cognitive enhancement, lifestyle choice or misuse of prescription drugs? *Neuroethics*, p.1-4, 2008. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/u22547313857t607>> Acesso em: 15 mar. 2009.
- ROSE, N. Disorders without borders? *BioSocieties*, v.1, n.4, p.465-84, 2006.
- SAHAKIAN, B.; MOREIN-ZAMIR, S. Professor's little helper. *Nature*, v.450, n.20, p.1157-9, 2007.
- SAVULESCU, J. Genetic interventions and the ethics of enhancement of human beings. In: STEINBOCK, B. (Org.). **The Oxford handbook on bioethics**. Oxford: Oxford University Press, 2006. p.516-35.

SENTENTIA, W. Neuroethical considerations: cognitive liberty and converging technologies for improving human cognition. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v.1013, p.221-8, 2004.

SINGH, I. Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: TONE, A.; WATKINS, E. (Orgs.). *Medicating modern America: prescription drugs in history*. New York: New York University Press, 2007. p.131-55.

_____. A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *BioSocieties*, v.1, n.4, p.439-52, 2006.

SZOBOT, C. et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.23, supl.1, p.32-5, 2001.

TETER, C. et al. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. *Pharmacotherapy*, v.26, n.10, p.1501-10, 2006.

TÓFOLI, D. País vive febre da 'droga da obediência'. Folha de São Paulo, São Paulo, 15 jan. 2006. Caderno Cotidiano, p.C1.

TURNER, D.; SAHAKIAN, B. Neuroethics of cognitive enhancement. *BioSocieties*, v.1, n.1, p.113-23, 2006.

WEISS, M.; MURRAY, C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Can. Med. Assoc. J.*, v.168, n.6, p.715-22, 2003.

WOLPE, P. Treatment, enhancement, and the ethics of neurotherapeutics. *Brain Cogn.*, v.50, n.3, p.387-95, 2002.

ORTEGA, F. et al. La "ritalina" en Brasil: producciones, discursos y prácticas. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

El objeto del artículo es el presentar una investigación en marcha sobre las representaciones sociales de la "ritalina" en Brasil entre 1998 y 2008. En este período hubo un incremento considerable de la medicación y su expansión hacia otros fines fuera de los terapéuticos. La "ritalina" se ha usado tanto para el tratamiento de patologías de la atención como para la mejora de funciones cognitivas en personas saludables. La investigación se desdobra en dos campos con metodologías diferenciadas. El primer campo investiga las publicaciones brasileñas, científicas y en medios de información populares sobre la "ritalina", analizando los argumentos que justifican su uso y la difusión de los resultados científicos para el público lego en los periódicos de gran circulación. El segundo campo de investigación usa la metodología de grupos focales para explorar las representaciones sociales de universitarios, padres de universitarios y profesionales de salud sobre el uso de la "ritalina" para la mejora del desempeño cognitivo.

Palabras clave: Hiper-actividad. Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. "Ritalina". Mejora cognitiva. Brasil. Medios de comunicación.

Recebido em 31/08/2009. Aprovado em 11/03/2010.

Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas

Health planning, management and evaluation: identifying problems

Ciência & Saúde Coletiva

Print version ISSN 1413-8123

Ciênc. saúde coletiva vol.4 no.2 Rio de Janeiro 1999

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>

<http://ref.scielo.org/9qbwbv>

Líliã Blima Schraiber 1

Marina Peduzzi 2

Arnaldo Sala 1

Maria Ines B. Nemes 1

Elen Rose L. Castanhera 1

Rubens Kon 1

1 Departamento de Medicina Preventiva, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da USP, Av. Dr. Arnaldo 455, 2° andar, 01246-903, São Paulo, SP, Brasil liliabli@usp.br

2 Departamento de Orientação Profissional e Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Escola de Enfermagem da USP

Resumo Este texto apresenta um conjunto de problemáticas para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, a partir dos processos de trabalho produtores diretos da assistência e dos cuidados em saúde. Busca, pois, contribuir com questões relevantes ao estudo das interfaces entre a gestão e o trabalho em saúde. Aborda o próprio planejamento e a gestão como produção de um trabalho: o de organização e realização de outros trabalhos, com vistas à racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins. De outro lado, pontua questões desses outros trabalhos enquanto problemas que podem vir a ser tomados pelo trabalho gestor: a integralidade das ações com interdisciplinaridade das técnicas e interação entre multi-profissionais no trabalho em equipe, ou a garantia de qualidade resolutive da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários dos serviços. Para tanto concebe-se trabalho como processo produtivo e como interação, levando-se em conta as articulações entre as ações em saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões.

Palavras-chave Gestão e Trabalho em Saúde; Trabalho e Interação em Saúde; Planejamento em Saúde; Processo de Trabalho

Introdução

Este texto busca trazer à discussão questões relacionadas ao planejamento e gestão, como uma das áreas da saúde coletiva brasileira. As questões apontadas são alguns dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços. Significam para os gestores desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, em seus enfrentamentos. Em razão disto, entendemos que serão também problemáticas para o conhecimento, constituindo objetos de investigação, a fim de se explicar suas origens e constituições, como forma de apoiar as resoluções concretas e particulares que o cotidiano dos serviços demanda.

Esta área "planejamento e gestão" pode ser vista como um conjunto bastante amplo de produções técnico-científicas que, de modo mais tradicional, pertenceu a uma das divisões da saúde coletiva já denominada "Planejamento e Administração em Saúde". Ao longo dos últimos 30 anos que consolidaram no Brasil a saúde coletiva como campo de produção de saber e prática¹ o planejamento e administração em saúde serviu de eixo aglutinador para objetos de investigação e propostas de intervenção social tão diversas quanto, por exemplo, a gerência de unidades ambulatoriais ou hospitalares, os recursos humanos, os programas assistenciais, a avaliação das atividades e ações dos serviços, financiamento das ações, orçamentos dos setores de produção e dos serviços, entre outros. Tais recortes também resultaram em tão variadas aproximações da realidade dos serviços e das ações em saúde, que para compreender essa área de estudos e intervenção e seu desenvolvimento, a rigor, seria necessário uma pesquisa histórico-epistemológica específica². Um estudo dessa natureza permitiria redispôr, da perspectiva classificatória, a produção que hoje encontramos, distinguindo a que pende mais ao polo teórico-conceitual daquela que se apresenta com a qualidade de projeto de intervenção, ou a que delimita objetos referidos ao planejamento daquela que pende mais à administração, identificando com precisão os conceitos e os referenciais teóricos utilizados em cada qual. Isto, sem falarmos da óbvia busca contemporânea de superar esses limites clássicos sob as temáticas da gestão e da avaliação, apontando-se, inclusive, para a superação da dicotomia, também clássica, entre a pesquisa e a intervenção³.

Não contando, porém, com tal produção, neste texto, para identificarmos alguns problemas e problemáticas que consideramos importantes, vamos recorrer a uma compreensão de sua história cunhada pela nossa própria experiência de participantes: na qualidade de sujeitos também construtores das mudanças e desenvolvimento do planejamento e administração em saúde. Com isso certamente incorreremos no viés do espaço-tempo em que se deu nossa própria prática, de pesquisadores na área e de profissionais do planejamento e gestão. Por isso o que oferecemos à discussão deve ser necessariamente enriquecido com os demais pontos-de-vista, particulares a outros tantos personagens partícipes da saúde coletiva e que constituem nossa comunidade de interlocução científica e profissional.

Adiante-se que nosso viés deriva do fato de que vivemos a situação de gerentes, via de regra, de nível local, isto é, de unidade específica de prestação de serviços com produção assistencial direta, também conhecida como a "ponta do sistema de saúde": uma unidade básica do tipo Centro de Saúde. Com isto privilegiamos tanto este nível da entrada em um sistema, quanto as interfaces entre o planejamento/gestão e o processo de trabalho em saúde, em que as questões fundamentais são questões assistenciais bem próprias, como as da promoção

da saúde e prevenção primária, relativamente a outros níveis de prevenção, e tratamentos de recuperação clínica básica, relativamente a outros níveis de intervenção médica. São elas:

- integralidade das ações, para a intervenção médico-sanitária articulada e conformando modelo de assistência de natureza técnica interdisciplinar específica;
- interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe;
- qualidade resolutiva da assistência muito mais da perspectiva da produção direta das ações do que do modelo de assistência genérico, gerando outras questões como: eficácia técnico-científica na resolução de casos, adesão e intercomunicação na relação direta de sujeitos (profissionais-usuários, profissionais-profissionais e profissionais-gerentes) e delimitação do alcance e limites dos cuidados;
- revalorização desse nível de atuação profissional, em geral, desqualificado como exercício da profissão em saúde, particularmente no caso de médicos, em primeiro lugar, e enfermeiros, em segundo lugar.

Esta última questão merece uma observação, pois, se as demais serão também problemas e problemáticas dos outros níveis de um sistema de saúde, mesmo que cabendo a cada qual repensá-las, neste nível da unidade básica e sua atenção (primária), há a necessidade de definir e requalificar a assistência e o trabalho: o que é e quanto vale essa atenção primária e a correlata tecnologia básica de intervenção, em que a ação assistencial e ações de outro tipo como a educativa ou da assistência social, confundem-se com muita frequência, tanto no bom sentido da interação de profissionais e articulação das ações, quanto no sentido de desqualificar, por exemplo, a educação, facilmente reduzida a uma intervenção biomédica, ou desqualificar a esta por ser "muito educativa" ou muito "assistência social" e menos biomédica, permitindo a confusão ideologicamente interessada aos modelos hegemônicos, da atenção primária como medicina da pobreza e da tecnologia apropriada como intervenção sem saber ou sem ciência⁴.

Este é, portanto, um recorte bem particular sobre as questões e que é próximo a alguns modelos assistenciais (Paim, 1993) ou programas particulares (Mendes, 1996), como por exemplo Saúde da Família, pela preocupação com esta assistência localizada imediatamente no âmbito da vida privada (família) ou do cotidiano social (vida comunitária). Não recobre todas as situações nem do trabalho direto, nem da gestão em saúde. Não obstante, acreditamos que suas problemáticas possam contribuir para as demais situações de modo analógico, isto é, pela similitude de questões que terão que tratar os gestores locais de administração pública, mesmo quando em nível mais amplo tal como os distritos sanitários, por exemplo. Isto porque gestores de vários níveis sempre se envolvem com a implementação de uma dada política assistencial, implantando uma certa organização da produção dos serviços em acordo com as diretrizes do SUS e, ao mesmo tempo, buscando, em especial, a integralidade das ações e as interações que produzem cuidados diretos à população.

Esta última pretensão - a integralidade das ações e as interações entre indivíduos e atores resultantes - constituiu, afinal, nossa eleição também de pesquisa, investigando as possibilidades e os limites da integração entre a assistência clínica e aquela dos programas de prevenção e promoção da saúde na assistência da unidade básica, o que se denominou "ação programática em saúde" (Schraiber, 1990; Schraiber et al., 1996). Examinada da perspectiva de produção direta dos cuidados - sua organização e seu dia-a-dia no cotidiano do trabalho em saúde, mais do que pelo ângulo dos modelos de consumo ou de políticas de Estado - tal modo de trabalhar e assistir propiciou o estudo da integração entre práticas realizadoras de trabalho em saúde: possibilidades e limites da interação entre os profissionais da prática clínica, e seu agir assentado na aproximação individual dos problemas de saúde, e aquele da prática sanitária, de aproximação populacional ou seus segmentos, sendo esta interação propiciadora de questões tanto da interdisciplinaridade dos saberes especializados, quanto da interatividade na relação entre os usuários e o próprio serviço. Experiência essa que, como pesquisadores, avaliamos, e da qual procuramos extrair o conhecimento técnico-científico que pudesse contribuir para o planejamento e gestão de serviços de saúde.

Mas não é nosso intuito novamente trabalhar a proposta da ação programática, seja como organização, seja como prestação de serviços. Pretendemos, sim, levantar algumas questões que essa experiência nos colocou. Estamos certos de que serão compartilhadas com gestores que também viveram ou vivem, na referida implementação das políticas de saúde, o empreendimento de buscar no planejamento e avaliação, e por meio dos modelos assistenciais que propõem, a máxima qualidade assistencial de seus serviços (o que certamente inclui, além da competência técnico-científica, a viabilidade econômico-financeira da produção), bem como a realização das diretrizes políticas de nossa reforma sanitária.

As questões que trazemos serão abordadas, como já dito, pelas interfaces entre gestão e processos de trabalho em saúde. Estes últimos compreendem o trabalho diretamente produtor dos cuidados e das ações assistenciais. Trata-se, portanto, em nosso caso, das questões desse trabalho direto e de seu trabalhador: o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social, o auxiliar de enfermagem, etc. Vamos destacar questões que a partir desse processo de trabalho assistencial se colocariam para o trabalho do gestor. São especificidades e problemas para o momento da prestação direta dos serviços, e alguns podem não se configurar, ainda, como problemas também para o planejamento e a gestão. Vale dizer que o gestor acatará ou não tais questões como sua problemática própria. Acreditamos que o gestor assim o fará sempre que aquelas questões se apresentarem como algo a disciplinar ou a transformar, do ponto de vista da organização e funcionamento geral do conjunto dos trabalhos produtores diretos das ações assistenciais.

Tal como parte da bibliografia aponta, essa última perspectiva implica propor projetos de intervenção na organização do coletivo de trabalho. Não o faremos exatamente desse modo e, então, não estaremos, por ora, propondo formas de gestão. Mas estaremos levantando um conjunto de questões que, da nossa experiência, deveriam ser tomadas como problemas para o planejamento e a gestão em saúde.

Antes, porém, registremos que, em termos genéricos, a assistência fornecida à população, enquanto um conjunto coordenado de ações e os produtos esperados em seu todo, tem sido objeto da organização dos serviços, situação em que os gerentes de unidades (já não somente básicas ou de atenção primária) estão diante da necessidade de articular os trabalhos produtores de cuidados e os princípios técnicos (do conhecimento científico), organizativos (do Sistema de Saúde) e ético-políticos (da Política Social em Saúde) da "boa prática" em saúde. Entenda-se esta "boa prática" como sendo aquela que, cientificamente, é a esperada. E que será operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição deste benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira. Por isso, dentre as questões de interesse para a gestão em saúde, principalmente para enfrentar os problemas dessa "ponta do sistema" que representa a assistência direta e a produção dos cuidados, estarão as contempladas pelas interfaces que elegemos: da ação técnica ou da tecnologia dos cuidados com o planejamento e a gestão dos serviços.

Não obstante, algumas questões que estaremos colocando são fruto de recentes estudos sobre o trabalho produtor direto dos cuidados, ampliando o leque das interfaces a serem consideradas pela gerência, o que julgamos nossa particular contribuição, neste momento. Isto posto, cabe-nos iniciar especificando como vemos, hoje, o próprio trabalho dessa gerência e algumas de suas questões tecnológicas.

Planejamento e gestão: desafios atuais

Em uma preliminar colocação, bem genérica, diremos que as considerações que seguem são fruto do movimento histórico do próprio campo da saúde coletiva, tal como realizado na área particular do planejamento e administração em saúde, em função da especificidade dessa área.

Consideremos a mudança do tradicional papel do administrador público, ao somar à função anterior, aquela de gerente de serviços de saúde. Vale dizer, a de organizar e controlar unidades produtoras de cuidados de assistência médica em redes do setor público, tal qual nos mostra o estudo de Castanheira (1996). Isto foi produto das políticas de saúde brasileiras na construção do próprio SUS e do modo peculiar como a saúde foi sendo tomada como questão social e questão de Estado. O Estado brasileiro interferiu no mercado e nos postos de trabalho na saúde, praticando políticas de proteção social tais que abriu espaços profissionais em seus dispositivos e aparelhos prestadores de serviços, configurando-se não apenas como Estado regulador mas Estado provedor. Assim, à clássica exigência da figura de "representante do interesse público", tal como emergiu nos anos 30-40 o agente do Estado e suas políticas, caracterizando o administrador público, somou-se a figura do profissional que, técnico em organizar a produção - o gerente, deve otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as ques-

tões da eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento ("empresa") estatal.

Do administrador em saúde pública ao gerente da rede de unidades e serviços do setor público de produção de assistência médica em articulação com o setor privado, este personagem contemporâneo - o gestor público, defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios deste novo lugar. E isto será, de um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma. Mas será, de outro lado, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas. Estas últimas exigências são produto e produtoras, também, da competência de incorporar todo o conhecimento científico já produzido e operado, hoje, nas diversas tecnologias de intervenção em medicina e em saúde pública, porém, com crítico discernimento - de técnico e de gerente - tal como necessário (e como convém) para fazer frente à sua específica qualificação profissional. Esta, além de compreender as decisões quanto à intervenção apropriada nos processos saúde-doença nas duas esferas que agora se entrecruzam (individual e populacional), deve contemplar a administração da oferta e consumo dos serviços, no formato demanda individualizada por cuidados e outros serviços e que, ainda mais, se dispõe como consumo de bens em mercado⁵.

Não há dúvida de que esta transformação do planejamento e administração em saúde muda e renova as problemáticas e as técnicas de organização/gestão/avaliação às quais esse personagem precisa, doravante, recorrer.

Em segundo lugar, considerando-se a especificidade dessa área do planejamento e administração em saúde, registre-se que no campo da saúde coletiva ela representa o locus da produção técnico-científica de caráter mais aplicado, vale dizer, a porção da saúde coletiva que traduzirá suas ciências e suas tecnologias-base, como por exemplo a epidemiologia, ou a biomedicina ou a sociologia ou a antropologia ou a matemática e estatística, em conhecimentos que são imediatamente propostas de intervenção nos serviços: tecnologias de organização e funcionamento de espaços produtores da intervenção em medicina ou em saúde pública, prestando serviços e cuidados médicos e sanitários. Isto representa, quando tais intervenções também alcançam os processos produtores diretos dos cuidados e a integração neste nível clínico de atuação, como por exemplo a "ação programática em saúde", interferências desde a estruturação dos serviços nas tecnologias e técnicas clínicas e sanitárias, mudando os modos mais tradicionais do agir profissional.

Isto tudo também quer dizer que, dificilmente, essa produção técnico-científica do planejamento e gestão se caracterizará por teoria mais abstrata, bem como, dificilmente, pode deixar de tratar dos conflitos políticos e éticos, perpassando os conflitos técnicos: entre a gerência e os profissionais do cuidado direto; ou desses últimos entre si; ou, mesmo, entre o serviço e seus usuários.

Dentro dessa especificidade e em razão dessa história, é que veremos a área interessar-se por problemas que vão se deslocando do plano macro social, tal como se caracterizou

em sua constituição inicial, quando a planificação surgiu como instrumento de atuação/renovação do Estado, para a microfísica das ações assistenciais (Kon, 1997). Se o plano macro social pode ser representado pelo Estado e suas questões de planejamento/administração - em que há que se ocupar com a correta enunciação da boa norma geral de proteger/produzir saúde, no âmbito do qual o consumo da assistência é um dos itens, o micro social é o deste consumo, plano da prestação direta de serviços assistenciais. Este é representado pelas instituições e estabelecimentos produtores de serviços, em que há que se ocupar com a boa realização prática das normas, com o que se requer do planejamento uma habilidade de tecnologia do político: o domínio da arte de flexibilizar as normas para o cotidiano particular deste ou daquele estabelecimento ou conjunto deles, e não mais com o geral social, ainda que sigam sendo tais atuações, com bastante freqüência, questões da esfera organizativa da oferta dos serviços para consumo.

Neste movimento de redelimitações das situações que passam a ser alvos de propostas e estudos da área, redefinindo, pois, objetos preferenciais das pesquisas e das intervenções, podemos observar um outro, de natureza metodológica: a área cada vez mais se desvia da aproximação estrutural da organização e da administração, rumando em direção às dinâmicas interativas dos indivíduos, com o que vem produzir abordagens mais processuais das organizações, dando visibilidade à gerência como o lugar do desempenho em redes interativas - interação do gestor com outras relações interativas, em uma ação sobre a ação de outros (de profissionais e de usuários), ressaltando os problemas dos sujeitos e seus valores, das culturas e seus comportamentos práticos, como parte das flexibilizações das normas. O que produziu a interatividade e a comunicação como também problemáticas do planejamento e das técnicas de gestão, somando-se às questões da organização.

Todo esse movimento dos problemas a serem enfrentados geraram, como parte do desenvolvimento da área original do planejamento e administração em saúde, um correlato movimento de individualização, e também de incorporação, de noções e conceitos no ideário do planejamento e da administração em saúde. Idéias que tem sido operadas como fundamentos para o conhecimento e para a ação social. Por exemplo, às noções-base 'planejamento', 'administração', vão se somando as de gerência, gestão, organização tecnológica, modelo assistencial e avaliação em saúde. Isto sem falar daquelas que são tributárias de sínteses com outras áreas da saúde coletiva, tal qual a epidemiologia ou as outras ciências humanas que não a economia, base para o planejamento e a administração. Nesta última categoria comparecem, entre tantas, as noções de vigilância, processo de trabalho em saúde, agir comunicativo, atores e agentes em saúde, autonomia, empoderamento e emancipação de profissionais ou usuários, representações profissionais ou populares, etc.

No entanto, percebemos que essas noções cunhadas, desmembradas de suas raízes originais, vêm sendo progressivamente utilizadas como substitutas das anteriores, novas idéias-base para intervenções ou estudos em que vão sendo operadas com a qualidade de conceitos independentes. Com isso, um grande leque de questões passa a se apresentar para a área do planejamento e administração em saúde como parte de sua substância mesma, sem que, necessariamente, possamos perceber tal pertencimento, em termos do sentido histórico e mesmo epistemológico das modificações que ocasionam.

Contudo, como dissemos, recuperar essas raízes com certa exatidão e traçar a historicidade

desses novos conceitos, é uma tarefa a se fazer. O que doravante apresentaremos são apenas algumas das questões que, dialogando com os processos de trabalho no interior da produção de serviços, estão colocadas para o gestor em saúde e que, na qualidade de possíveis objetos de pesquisas e recortes de intervenção, se revelam incitantes poderosos a instigarem nossa atenção.

Ciência, trabalho e processo de trabalho em saúde

De modo sintético enumeremos algumas especificidades da ação que chamamos trabalho, para colocarmos como questão a dimensão teleológica dessa ação, vale dizer, o trabalho como ação instrumental. Instrumental, pelo ângulo da consecução de produtos esperados, com base em regras técnicas delimitadas. Do ponto de vista normativo e das relações sociais, a instrumentalidade pode adquirir um caráter estratégico ou comunicativo, conforme seja a ação mais autonomizada e independente das interações ou seja produto pactuado nas relações intersubjetivas. Essas últimas considerações fundam-se na distinção habermasiana da ação estratégica e ação comunicativa (Habermas, 1989; 1994). Essa abordagem tem sido estudada no campo do planejamento e dela também iremos nos valer, aqui, para retomar a dupla especificidade do trabalho como ação social: o trabalho como ação produtiva, dentro da racionalidade dirigida a fins dados, isto é, a teleologia que lhe é própria, e como ação comunicativa, o trabalho como interação social. Essas especificidades consubstanciais à ação do trabalho, são, conforme Habermas, analiticamente distinguíveis mas mutuamente irreduzíveis, abrindo a possibilidade de investigarmos dentro do agir estratégico do trabalho o modo concreto de realização da interação social, questão a que voltaremos adiante. Por ora, examinemos características do trabalho como ação estratégica.

A primeira está no fato de que sua ação não é qualquer, mas intencionalmente realizada. Intenção que se pauta pela finalidade dessa ação, sempre socialmente reconhecida e reiterada em sua legitimidade. O que ocorre porque, em segundo lugar, é uma ação que produz algo para a sociedade, satisfazendo as necessidades de seus indivíduos, tal como um bem ou um serviço. Por isso, em terceiro lugar, tem que alcançar os resultados esperados e apresenta sempre um produto a seu final. É ação cujos resultados são igualmente reconhecidos/autorizados na sociedade. Em quarto, vamos lembrar que, para tanto, essa ação deve ajustar meios a seus fins, o que lhe confere uma determinada racionalidade de operação. Cria, em quinto lugar, um conhecimento tanto acerca dos referidos meios, diante do objeto de sua intervenção e de sua finalidade, quanto um conhecimento acerca da operação a ser feita, isto é, qual o modo de produzir adequado para o produto pretendido, modo esse que passa a estar contido em uma técnica, isto é, um saber-fazer. Esta técnica poderá, mediante o ensino, ser transmitida de um a outro agente do trabalho, sem que se perca essa qualidade de operação corretamente exercida, componente importante da técnica.

Vamos tentar melhorar essa noção de técnica⁶. Extraída da idéia grega de arte - "disposição pela qual fazemos coisas com a ajuda de um regra verdadeira" (Ross, 1987: 222), a técnica é manipulação, intervenção manual que produz coisas, resulta em produtos, obras exteriores ao fazer, com o concurso de conhecimentos. É, assim, exercício de saber, ação artifi-

cial mediante o que há intervenção especificamente realizada para a obtenção do produto.

Por isso trabalhos são atos técnicos; os processos de trabalho valem-se de técnicas embora a técnica não recubra todas as questões envolvidas no trabalho, assim como o trabalho não recobre todas as atividades que são técnicas. No ensino das técnicas adentra-se o agente do trabalho. Mas a transposição não é tão imediata. Basta lembrar que no caso das técnicas de base científica, quando o saber-fazer tem por fundamento a ciência, ensina-se, muitas vezes, mais sistematicamente os conhecimentos científicos que nos informam acerca do objeto sobre o qual vamos intervir, do que sobre a ação da intervenção, principalmente no contexto da produção dos serviços ou do cotidiano do trabalho, o que corresponderia não à técnica em abstrato, como teoria, senão o saber diretamente aplicado, saber operante do trabalho.

Mas destaquemos o fato de que o mencionado conjunto de especificações dos atos técnicos confere ao trabalho a possibilidade de ser ação repetida, e por muitas mãos diferentes, com alguma garantia de mesmo resultado. Isto é, um coletivo de agentes (os profissionais da técnica), que são pessoas diferentes e com talentos igualmente diversos, ou com sentimentos, desejos e opiniões também diversos, e mesmo distintas formas de apreender o saber exigido pela ação, esse conjunto de profissionais age com regularidade do mesmo modo e produz, até nem sempre com meios exatamente iguais em razão dos contextos do trabalho, produtos bastante próximos, que satisfazem pessoas também diferentes, e satisfazem de forma bem parecida.

Essa repetitividade, a capacidade de se reiterar e agir como intervenção que pode ser, de fato, antevista e conformar o projeto da ação, dá-se pelo caráter mais rotineiro de seu "modo de fazer", ao que poderíamos chamar de "técnica" do trabalho. Isto quer dizer que, de certa forma, há uma possibilidade do saber de operação reter, enquanto saber, previamente à ação em curso, o virtual da ação. Destaca-se assim a presença desse saber, anterior, mas não externo, ao fazer. Esta presença será tão mais forte quanto mais as técnicas forem complexas, tal como as que envolvem conhecimento científico. Por isso o aparecimento das técnicas complexas com a moderna tecnologia instrumental permitiu que o saber de operação crescesse em volume de conhecimentos necessários e diversificação de conteúdos, de modo a poder ser, hoje em dia, até tomado e mesmo criado isolado do momento da produção dos trabalhos e apropriado pela forma ciência de produzir conhecimento. Em outros termos, um conhecimento do tipo teoria. Diremos uma teoria sobre práticas ou modos de praticar, a que alguns autores chamam de teoria científica das técnicas ou tecnologia - a ciência das técnicas (Gama, 1986; Lenk, 1990); para outros, simplesmente ciência, sem diferenciar as ciências tecnológicas das ciências básicas, em razão da grande aproximação histórica entre ciência e técnica (Granger, 1994).

Esse é o resultado de um de longo transcurso histórico. A partir dos séculos XV e XVI, processa-se uma grande alteração das conexões entre ciência e técnica, envolvendo essencialmente a questão do valor da prática e suas operações, bem como o valor das necessidades materiais humanas. Alteram-se, pois, as relações entre a filosofia e a ciência, o trabalho manual e o intelectual, a teoria e a técnica. Em síntese, abandona-se a concepção de ciência como verdade desinteressada da perspectiva das necessidades materiais - busca que nasce apenas após o atendimento das coisas necessárias à vida. (Rossi, 1989:17) - em prol de uma busca que nasce para esse atendimento, cujo modo mais imediato ou não de fazê-lo também representa

distintas situações históricas, como a modalidade contemporânea de conhecimentos do tipo ciência (mais tecnológico) ou a vigente ao longo de todo século XVIII e parte do XIX. Neste mesmo movimento, ocorre uma grande alteração no sentido social do trabalho e da técnica, que culmina, no século XIX, na enorme importância do trabalho para a conformação da vida social.

É interessante notar que a rearticulação ciência-técnica corresponde ao movimento que re-dispõe socialmente os artistas, os experimentadores e engenheiros, os médicos, em especial os cirurgiões-barbeiros, os artesões e os trabalhadores manuais, camponeses e posteriormente fabris, estabelecendo novas configurações e hierarquias entre as artes mecânicas e as liberais. Este movimento cinde, separa e reagrupa distintas ações, compostas anteriormente de outro modo, mas tidas em seu conjunto como intervenção manual, por oposição a atividades ligadas aos saberes eruditos. Por exemplo, os artistas e arquitetos passam da condição de artesões a de burgueses e intelectuais; são cisões de antigas corporações e novas constituições de arranjos de interesses e representação coletiva (Rossi, 1989). Ao mesmo tempo saberes técnicos são inscritos em conhecimento erudito até que a ciência moderna se aproprie plenamente dos saberes de ofício das técnicas e isole, por sua vez, já no movimento dos séculos XVIII e XIX, de um lado o trabalhador manual da grande indústria - o sem saber - e de outro, o artista, cujo saber criativo e livre é sem importância, porque não seria "útil".

Assim, diferentemente de outros momentos históricos, em razão da existência da ciência moderna e de suas relações com o conhecer humano, nos aproximamos desta ciência já como conhecimento de natureza técnica em todas as suas atuais conotações. De tal modo este caráter técnico está associado à teoria da ciência, que a esta tendemos a valorizar tanto mais quanto mais representa uma utilidade necessária, resposta útil às necessidades da vida, ou, como Ayres (1995), razão tecnológica regendo a produção de conhecimento.

Neste processo a própria técnica revestiu-se de ciência, tendencialmente expulsando saberes de outro tipo como conhecimento para intervenções (Habermas, 1990). Esta associação atual da técnica com a ciência, evita valorizarmos saberes práticos e artes técnicas diversos da teoria e da técnica científica moderna. Duas operações conceituais podem ser registradas nesse sentido: de um lado, a valorização do âmbito prático para o conhecimento teórico, erudito, sem que contudo este deixe de ser teoria. De outro lado, o esvaziamento da técnica, como forma de sua "valorização" moderna, na direção de um procedimento prático, mera aplicação da ciência ou seu braço mecânico para a ação, desqualificando seu âmbito próprio de produção de conhecimento enquanto ação. Essas concepções nos ocultam a dialética saber-ação e, principalmente, a existência de múltiplos saberes, em diversas formas de agir técnico, na passagem da ciência para o trabalho.

Entre a ciência e o trabalho, apontamos o concurso de dois saberes: o saber operante, também denominado tecnológico, que orienta a aplicação da ciência, da perspectiva da racionalidade da ação no trabalho; e o saber prático, em que, na atividade do trabalho, o próprio saber tecnológico se testa e se enriquece. Observemos que a correção prática pode exercer-se sobre a tecnologia (saber tecnológico), mas também sobre o dado científico.

Estamos chamando atenção para a re-criação de todo saber no ato do trabalho

(Schraiber, 1993; 1995;1997)7. O saber não esgotará nunca sua recriação quando em ato; não se esgotam as mudanças que qualquer agente introduz em sua ação, ainda mais se considerado o caráter reflexivo de certos trabalhos tal qual o trabalho em saúde (Offe, 1989), por mais que esteja sendo mecânico o trabalho.

Por outro lado, também sabemos que há situações técnicas em que a exatidão do saber científico e tecnológico não é tão completa assim, e sequer pode sê-lo. É o caso próprio da ação em saúde e em particular, mas não só, do cuidado médico. Nestes casos, o saber prático, da experiência, muitas vezes bastante sistematizada e outras estudada cientificamente (como nos ensaios clínicos, na medicina baseada em evidências) mostra os "ajustes" clínicos dos casos ou de cada caso à norma geral esperada. São ajustes que buscam minimizar o efeito das incertezas dos fenômenos vitais, que não podem ser totalmente previstos8 . De outro lado, também sabemos dos contextos da produção do trabalho, em que a própria precisão do saber tecnológico e da ciência encontrarão limitantes de operação.

Recriar, assim, é sempre fato do âmbito prático e o saber prático fornece esse tipo de conhecimento que, se pode até mesmo corrigir o conhecimento teórico, vai mostrar outros caminhos da ação, que o saber tecnológico sistematiza, garantindo a "tecnicidade" do ato de trabalho.

Ao planejamento do trabalho e sua gestão caberá, pois, lidar também com este componente do trabalho, ao mesmo tempo que deve zelar pela qualidade do produto objetivo do trabalho, lidando com a racionalidade técnico-científica de sua operação. Articular esses componentes do trabalho em saúde no momento que é processo particular e concreto em serviços dados é um dos problemas da gestão: conhecer melhor essas relações será, sem dúvida, uma questão.

Trabalho, sociabilidade e interação

Se técnica e trabalho (no sentido humano-genérico) são a forma propriamente humana de produzir respostas a necessidades através de procedimentos intencionais de alteração da natureza, também devemos lembrar que são modos de construção da vida social, formas de sociabilidade, surgindo o trabalho como expressão da própria socialidade do homem. Deste modo, as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção ético-política do modo social de viver.

O saber tecnológico ao projetar o modo de executar o trabalho, viabilizando a ação estratégica, realiza a intencionalidade de natureza técnico-científica, consolidando a ação técnica e, por meio desta técnica, realiza, simultaneamente, a natureza ético-política da vida social9.

Mas estabelecendo-se na esfera da referida tecnicidade do trabalho, esse saber operante pode deixar pouco visível essa complexidade da dimensão intencional para a ação. A intenção

parece respeitar apenas a realização do científico, obscurecendo sua qualidade de ser também a realização de projeto social: razões e propósitos histórico-sociais contidos no interior do saber-fazer técnico, ou o "como agir" no exercício da profissão. Será com base nisto, pois, que toda ação de trabalho, mesmo que examinada pela perspectiva de ato produtor de produtos dados, pode e deve ser reconhecida (e estudada) como intenção técnica, ética e política em ato.

Da perspectiva do agente do trabalho, tal intenção exterioriza nesse agir (e no ato do trabalho) a inscrição de cada profissional na normatividade social, articulando o indivíduo às normas da sociedade (Ayres, 1995)¹⁰.

Se não tornarmos clara mais esta relação em nosso entendimento de toda a questão do trabalho, retiramos do agir seu complexo de intenções e o exercício de sujeito deste agente da técnica, para esvaziar o ato produtivo e o agir profissional - que são duas perspectivas distintas de se abordar o trabalho - em um tecnológico de senso muito restrito, um "como" se faz destituído de "para que" ou "por quê" assim o fazemos. Note-se que estes últimos parâmetros revelam as origens do ato, as raízes históricas do trabalho e do agir técnico do profissional, ao apontar as necessidades e as finalidades sociais a que o ato se relaciona. Enquanto que o "como" revela a expressão com que se torna visível a ação, o que, se tomado como a representação completa da ação, pode nos mascarar a importância das origens e das razões da ação, elementos-chave para nosso entendimento da intencionalidade do trabalho no plano ético e político de seu projeto. Além disso, na abordagem dos profissionais em situação de trabalho, mais do que abordar o trabalho em si como ação estratégica, as origens e as razões da ação são igualmente elementos centrais para conhecermos os sujeitos em ação. Sujeitos expressando-se no e através do trabalho e o trabalho como interação social.

Este esvaziamento de sentido ocorre quando locamos nossa problemática de conhecimento apenas relativa às questões da operação do trabalho. Por exemplo, ao tomarmos a tecnologia por si mesma ou por seu representante maior - o equipamento, a máquina - isolados da finalidade social do processo de trabalho. É comum concebermos que conhecemos as razões ou finalidades da ação (o porquê e para que) quando conhecemos a operação (o como). Assim à pergunta: por que cortamos, montamos, pintamos, etc... o aço?, remetida por exemplo à fabricação de motos, responderíamos para ter motos; ou à pergunta para que cortamos, montamos, pintamos o aço, etc..?, igualmente será respondida: para ter motos. A indagação a que me refiro no texto é, porém, não relativa ao como ou à operação, senão a seu produto: por que e para que motos? cuja resposta remete à origem social e histórica da ação, quando então produzir motos se cria como necessidade da vida cotidiana¹¹.

Todas essas questões são relevantes para lidar com a técnica e os processos de trabalho. E são tão mais relevantes diante dos sentidos contemporâneos da técnica e do trabalho, em especial a partir de suas crescentes complexidades nas sociedades modernas, tal como se verificou sobretudo ao longo do século XIX e da subsequente tendência de passarmos a ver quase todos os atos da sociedade como trabalho, ou ao menos sob suas referências¹².

Planejamento e gestão; técnica e trabalho

Uma incursão pelas diversas proposições de planejamento em saúde que ocorreram na América Latina nos mostra que quase todas elas, possuem uma rica e às vezes bem completa exploração de técnicas. São proposições com alto teor prescritivo e com orientações bastante apuradas do agir (em planejamento). E talvez por essa característica é que autores como Testa (1992) propõe para suas reflexões de caráter mais teórico e enunciadora de princípios gerais para a ação, não a noção de planejamento estratégico mas a do pensar estratégico¹³.

É interessante observar que estamos tratando da ação de planejar que produz uma peça propositiva que é o plano. Este contém um projeto futuro de ação, sendo esta ação igualmente uma proposta para articular outras ações, isto é, uma futura organização e formas de gerenciamento do trabalho produtor dos serviços. E, de outro lado, através das propostas de gestão - que podem ou não pertencer ao plano - produz tecnologias de operar a organização do trabalho proposta. Tais tecnologias serão a gestão: um saber capaz de conduzir a planejada forma (organização) de realizar o trabalho em saúde.

Se o plano é uma orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador, essa modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde. Planejamento e gestão realizam ação estratégica quanto ao trabalho em saúde.

Essa compreensão não é absolutamente nova. Basta relembrarmos as noções clássicas de uso corrente na administração de "atividades-meio" e "atividades-fim". Ora chamamos atenção para o seu tratamento como técnica e trabalho. Assim, se um trabalho de produção de determinados bens ou serviços corresponde à forma socialmente dada de responder a necessidades diretas sobre esses bens ou serviços, o planejamento representa a perspectiva de racionalizar (e otimizar) essa produção. Será, pois, indiretamente satisfação das mesmas necessidades e diretamente satisfação das exigências de melhor produtividade do trabalho produtivo para o qual é necessidade direta.

Planejar assume, desse modo, imediatamente as características de ação técnica, mais precisamente, estratégia racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar: ação estratégica para interesses do Estado, da empresa.

Por isso o planejamento, como disciplina e prática, busca criar e aprimorar, experimentar e realizar tecnologias de poder.

Ao ser o braço da política que opera práticas racionalizadoras para fazer com que se realizem projetos sociais dados, através da produção social, em que se inclui a da assistência

à saúde, o planejamento expressa-se como um saber operante, tecnológico, cuja ação estratégica está em realizar aquele projeto. Inspirados na idéia foucaultiana do poder como a ação de determinados sujeitos sobre as ações de outros (Dreyfus Rabinow, 1995), afirmaremos que o planejamento e gestão, "técnicalizando a política", desenvolvem saberes operantes de sua ação que representam tecnologias de poder, ferramentas de exercício de poderes, porque facultam modos de agir sobre as ações de outros. Relembremos que, no caso do gestor público, tal poder reside em sua legitimação social como agente do Estado, gerente (agente da empresa) e, ainda, profissional da saúde (agente da ciência).

O planejamento é, pois, ele próprio também uma técnica, mas uma técnica que sabe sobre o modo de dispor, arranjar e processar outras técnicas. Quando na prestação direta dos serviços para a população em geral, o planejamento apresenta-se como um trabalho de gestão, trabalho que se ocupa dos outros trabalhos em saúde: organizando e processando essa organização de modo a que a assistência produzida para a população realize princípios ou pressupostos que instruem o agir, primeiro, políticos, e segundo, técnico-científicos¹⁴. Por isso a esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde.

Não será demais lembrar que esses requisitos da gestão representam aquela situação de gerente/gestor antes comentada: esse agente deve articular em sua prática profissional, nas técnicas que conhece para propor estruturas e para operá-las, a racionalidade do ato médico e sanitário e os conflitos que aí se inscrevem relativos às demandas; as razões de Estado e os conflitos que aí se inscrevem quanto às necessidades sociais e à justiça social; as conquistas de direitos em saúde, como as da reforma sanitária com seus princípios (universalidade, equidade, por exemplo) e diretrizes práticas (descentralização, participação, por exemplo) e os conflitos que aí se inscrevem com os sistemas já existentes de saúde e suas modalidades de organização institucional.

Em razão disto, explicitar melhor toda essa passagem do político ao assistencial, e de que maneira isto implica articulações entre as diretrizes políticas, os preceitos éticos e a normatividade dos processos de trabalho, passa a ser uma questão. Também porque temos defendido a idéia de que essas passagens não estão suficientemente estudadas e claras para os projetos de intervenção, talvez por conta de certa familiaridade com o técnico-científico que detemos por nossa própria formação de profissionais da saúde. Tendemos a tomar este plano como um conhecimento já dado, sem atentarmos para o fato de que, como vida prática, ele não está dado, mas precisa ser estudado como saber aplicado e recriado na ação do trabalho, em seu cotidiano particular. Assim, compartilhando com o princípio etnográfico de que nem tudo que é familiar, é conhecido, e que para conhecê-lo, é mister tornar o familiar algo estranho, exótico (Matta, 1978), uma problemática importante será a desta relação entre o planejamento e o trabalho em saúde (Schraiber, 1990;1995).

Claro está, de outro lado, que trabalhos como os de planejamento, administração, gerência ou gestão surgem como necessidade do processo de produção, em razão da complexificação desta produção, como é o caso da especialização do trabalho e da produção em escala. Neste contexto, a fragmentação do processo produtivo exige um trabalho de controle e supervisão que coordene a recomposição de conjunto. Esta será a

racionalidade deste trabalho como ação estratégica, realizando sua tecnologia de poder. Nestas circunstâncias planejamento é sinônimo de gerência ou administração.

Mas, tal qual já dito, há outra situação em que aquele trabalho ganha conotações mais amplas: é o caso do administrador da coisa pública, no interior dos dispositivos e equipamentos de governo. Aqui, o gestor de serviços é também um implementador da política de Estado, ressaltando-se a natureza política (de prática imediatamente política) da sua ação, mesmo como supervisor ou controlador técnico da recomposição do trabalho coletivo (gerente). Um agente deste tipo não é só o executor da política da empresa em que é o gerente, mas situa-se como parte da formulação de Estado, um formulador também de políticas (Merhy, 1992).

Em realidade a noção de planejamento associa-se historicamente a essa "administração" de macroestruturas, a planificação social, ao passo que no plano da prestação direta dos serviços, associa-se à noção de gerência, que além de planejar inclui outras ações, entre elas a da avaliação como instrumento tanto do controle e supervisão técnicos, quanto instrumento para agir nas interações.

Ocorre que na saúde, mas não só, este formulador é freqüentemente escolhido por seu saber de trabalho técnico-científico. Vale dizer, dentre os profissionais da saúde e mais usualmente dentre os médicos. Formulará políticas, então, ou criará tecnologias de realizar as políticas, com base em uma específica combinação: as questões de Estado articuladas com as que conhece como profissional da saúde. Este agente porta duas competências que correspondem a autoridades em conflito. Carapinheiro (1993), mostra a tensão entre a autoridade médica e a gerencial, a primeira com interesses tradicionais da profissão e a segunda representando a organização moderna do trabalho profissional. Entre a situação racional-legal desta última e o poder médico legitimado socialmente, estabelece-se muito freqüentemente uma relação de oposição.

Sintetizadas ambas as exigências em um só personagem (Ribeiro, 1996), a superação do conflito corre dois riscos opostos. Primeiro, o risco da tecnificação da dimensão política deste trabalho na tecnoburocracia de Estado, quando o formulador se desqualifica como agente político e desqualifica a própria política. As críticas correntes sobre a técnica de programação local (Rivera, 1989; Merhy, 1995; Kon, 1997) apontam exatamente nessa direção: o esvaziamento da dimensão política, como planejamento de política pública. Este esvaziamento pode se dar na direção da normatividade da medicina ou de seus saberes (epidemiologia, clínica), mas também na direção ou combinados, por vezes, ao desenvolvimento de tecnologias do político também reduzida à sua própria tecnicidade: a racionalidade produtiva com base na econometria da eficiência e eficácia "puras"¹⁵. Neste caso, a tecnicidade do planejamento e da gestão assume o sentido de um fim em si mesmo, e suas tecnologias não são mais meios de realizar o político no técnico-científico. Mesmo formas não tão normativas ou clássicas de planejar não estarão fora deste risco, que é o da valorização primeira de sua própria tecnicidade, ao invés dos princípios ético-políticos a que veio servir de saber operante¹⁶.

Em segundo lugar, há o risco oposto. Atuando estritamente conforme com os interesses do Estado e de suas organizações, invalida-se como portador de autoridade no seio dos profissionais, por não mais representar seus interesses e necessidades, invalidando-se,

boa parte das vezes, também como autoridade junto à população em geral, pela forma como a autoridade médica incide nesta. Podemos ver no atual modo pelo qual o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como questão de Estado, parte desse processo.

Esta consideração necessita de maior exame, pois envolve uma representação de natureza mais complexa da autoridade profissional, visto estar em jogo também uma cisão interna às próprias corporações profissionais. Trata-se da especificidade de cada saber profissional, de um lado, tomando de modos distintos e sob valores diversos as necessidades da população e formulando também de modo variado o que são as necessidades dos profissionais na produção de seus trabalhos. Além disto, os próprios profissionais detêm distintas visões entre si, também disputando hegemonias na política pública e nas políticas profissionais, quanto às suas competências, autoridades e poderes particulares, no conhecido conflito entre as diversas "corporações" da saúde.

Esses riscos podem ser minimizados, quando o formulador detém a percepção de sua dupla, por vezes tripla inserção: a de técnico (da saúde no Estado) e a de político (de Estado na saúde), a que pode-se somar a de técnico de política (do gerente na empresa do Estado). E esta possibilidade além de representar um grande desafio ao próprio gestor em saúde, traz uma questão relevante de duas ordens para a área do planejamento e da gestão dos serviços: a complexidade tecnológica de seu próprio trabalho na saúde e os conflitos nas relações interativas que também perpassam esse trabalho, ele próprio ação estratégica e interação.

Essas duas ordens de questões serão apresentadas a seguir através de dimensões na produção dos serviços em saúde que são privilegiadas para apontar suas problemáticas, pois representam os planos em que essas questões são experimentadas como grandes impasses no cotidiano dos serviços: o trabalho em equipe e a relação entre gerentes e profissionais diretos do cuidado quanto à produção e uso das informações em saúde para a tomada de decisões.

Trabalho em equipe; articulações técnicas e projetos assistenciais comuns

A proposta e a prática do trabalho em equipe estão, ambos, o almejado e o realizado, relacionados a uma série de mudanças que vêm ocorrendo na oferta de serviços de saúde, tais como: a especialização do trabalho; a especialização das disciplinas científicas; a crescente incorporação de tecnologia; a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde; o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população. Conjugam-se nesta aspiração ao trabalho em equipe, portanto, tanto a divisão dos trabalhos e dos saberes, quanto a necessidade de recomposição de suas ações.

Visto que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões - social, psicológica, biológica e cultural, e que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo - o processo saúde-doença - constituem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas - multiprofissionais.

No entanto, a idéia de recomposição, na direção da integralidade da atenção, não tem se mostrado possível por meio da mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho. A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços.

Distinguimos dois tipos de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe integração, distinção em que o segundo tipo se caracteriza pela articulação das ações e pela interação dos agentes (Peduzzi, 1998). A articulação seria resultante da intervenção ativa de cada agente dos distintos trabalhos envolvidos em dada produção de cuidados, no sentido de lidar com as conexões existentes, do ponto de vista objetivo formal, entre as ações ou trabalhos especializados. A interação como a ação comunicativa consistiria, por parte de todos os envolvidos, na busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas¹⁷.

Quanto à articulação das ações, trata-se de conectar diferentes processos de trabalho, visto que cada trabalho especializado constitui um processo peculiar com objetos, instrumentos e atividades próprias. A atividade ou ação profissional consiste no que pode ser observado concretamente do trabalho de cada agente, no entanto, expressa a lógica interna do respectivo processo de trabalho, ou seja, como já mencionado, uma certa relação entre o objeto sobre o qual incide a atividade e no qual o saber técnico instrumentaliza a ação para certo resultado ou produto. Portanto, a articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Ou seja, a própria articulação das ações requer, ao menos, uma certa modalidade de relação entre os agentes, em que, ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo como interação.

Já pensar essa interação ou comunicação dos agentes da equipe, é pensá-la não somente como meio que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações, mas também como a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais e a maneira mais adequada de atingi-los. Ou seja, a interação dos agentes permite a construção de um "projeto assistencial comum" à equipe de trabalho - onde e como chegar no que se refere às necessidades de saúde dos usuários.

No entanto, ainda como nos mostra Peduzzi (1998), nem todas as formas de relacionamento conduzem à interação comunicativa, em que cada estratégia de ação profissional e a racionalidade de seus trabalhos é conhecida, dialogada e negociada como prática comum. O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam à bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar.

Nesse sentido, tal concepção de trabalho em equipe assenta-se em algumas questões prévias e que são também questões no planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Primeiro, vamos considerar que os diversos trabalhos especializados expressam relações de complementaridade e interdependência entre si, não constituindo trabalhos independentes, visto serem resultantes de um processo de divisão do trabalho que se dá a partir de uma prática originária e fundadora da técnica científica moderna na área da saúde - a prática dos médicos. No entanto, esse caráter complementar não se traduz automaticamente em articulação das ações, visto que estas implicam numa intervenção do agente que coloca em evidência as conexões entre os distintos trabalhos. Vale dizer: as conexões entre as ações são objetivas, mas para refletirem-se em interação, devem ser expressas pelos agentes dos trabalhos para que, ativamente, sejam tornadas públicas e alvo de uma atenção desse mesmo plano, a esfera gestora dos trabalhos. Portanto, faz-se necessário estimular, reconhecer e valorizar a disponibilidade dos agentes para operarem articulações entre os trabalhos executados pelas diferentes áreas.

Mas, em segundo lugar, a referida complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados que compõem a equipe de saúde está freqüentemente em tensão com a autonomia técnica que os profissionais buscam ampliar. Por um lado, os agentes buscam uma autonomia tal como reza a tradição na área da prática dos médicos e prática do tipo liberal, quando o profissional que já trabalha isolado e como prestador independente de serviços, procede aos julgamentos e tomadas de decisão técnicos por si mesmo e baseados em sua autoridade individual. Isto implica na atual prática especializada, julgamentos e decisões, sem nenhuma troca com os demais agentes. Claro que esta é uma retórica radical, pois seria exagerado falarmos em "nenhuma troca". Contudo, ainda que muitas interconsultas ocorram, sabemos também que dois procedimentos são freqüentes: ou realizar sem discutir o parecer do outro especialista, ou desconsiderá-lo, por completo ou submetido a seu próprio julgamento e decisão. Além do que é preciso também problematizar esses procedimentos da perspectiva das relações de poder no interior de uma equipe de trabalho, quando esta é multiprofissional, com profissões cujas autoridades são desiguais. Em realidade, trata-se da desigualdade dos poderes implicados nos particulares saberes das áreas profissionais, em que autoridades técnicas diferentes passam a significar poderes e valores diferentes, com conseqüente desigualdade na legitimidade de julgar e decidir no trabalho, criar e recriar a técnica.

Por outro lado, é curioso que em certas interconsultas informais, quando os especialistas detêm vínculos de confiança, mais que vínculos formais do sistema prestador em que se inserem, há mais chances de interação e comunicação para o "projeto comum", muito em-

bora, como nem sempre se trata de uma mesma equipe de trabalho, esta interação não se dá como um trabalho de equipe. Não há neste caso um projeto de trabalho a se realizar, mas como uma cooperação profissional, sem conexão com a produção concreta do trabalho.

Considerando-se, ademais, que os profissionais precisam reconhecer a complementaridade e proceder ativamente à articulação das ações, o que se têm como questão é a forma de realizar as necessárias autonomias técnicas através dessa complementaridade e interdependência. Espera-se, aqui, um duplo movimento por parte da equipe de saúde, pois tanto a autonomia técnica dos profissionais quanto a articulação das ações, são necessárias para a eficiência e eficácia dos serviços. Movimento que requer o exercício da autonomia técnica de forma interdependente, autonomias reconhecidas e negociadas pelos distintos agentes, por meio de sua interação.

A descentralização da tomada de decisão e, mais uma vez, a flexibilidade da divisão de trabalho estão no âmago das questões colocadas pela equipe de saúde, pois, como o trabalho em equipe requer a interação dos agentes no sentido do entendimento mútuo, não cabe a intolerância às iniciativas individuais ou coletivas, nem o cumprimento inquestionável das relações hierárquicas e das regras técnicas do trabalho.

Informação, registro, comunicação e trabalho

A temática da informação - sua geração, registro e transmissão ou socialização - é uma questão articulada ao trabalho em equipe. A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns. Do ponto de vista dos processos de trabalho e articulação de seu conjunto, tais informações devem ser ainda referidas aos desenvolvimentos efetivamente experimentados de produção dos cuidados, nos trabalhos especializados.

De outro lado, a troca de informações, se é peça chave da comunicação nas relações interativas, não recobre, de certo, todas as questões que antes referimos acerca dessa interação. Não obstante, um projeto de trabalho de base comunicativa, não se inicia sem prever práticas e instrumentos para tal e quais informações serão alvo desses procedimentos.

Além da equipe de trabalho composta pelos produtores diretos do cuidado, essa questão da informação articula outra "equipe" de trabalho: a que reúne os produtores diretos do cuidado e os gerentes dos serviços. Através dela, podemos tomar a perspectiva articuladora dos trabalhos em um projeto comum, como objeto do trabalho gerencial.

Para cada um desses agrupamentos de agentes em saúde (profissionais-profissionais; produtores diretos-gerentes), gerar informações, registrá-las e compartilhá-las adquire significados diversos, em razão do próprio sentido instrumental da informação dentro de suas respectivas técnicas na produção do trabalho. Isto porque, como já examinado, se a informação é um dos meios para a consecução dos objetivos de cada trabalho - o produtor de cuidados e o gerencial - esses trabalhos possuem diferentes objetivos a serem alcançados. E em seu interior distintas problemáticas relativas à informação passam a se colocar.

Em estudo recente, Sala (1998) mostra que da perspectiva do produtor direto - aqui exemplificado com o caso do trabalho do médico¹⁸ - a informação e seu registro importam de dois pontos de vista: como base para o raciocínio clínico e a tomada de decisão médica; e como memória auxiliar do próprio médico, para o seguimento dos casos. A informação comparece, obviamente, como um meio para a resolução do problema médico-sanitário e que diante desse trabalho comparece na forma da demanda individual do paciente, consoante com a finalidade desse trabalho. O que significa a necessidade técnica de resolver o problema concreto e particular daquele caso, naquele momento.

Além disso, resolver o caso, é, de fato, compreendido pelo médico como sua atribuição individual, como já dito, reproduzindo a tradição do trabalho profissional dos médicos. Compartilhar essa responsabilidade, aceitando julgamentos e negociando decisões com outros profissionais - médicos especialistas de outras áreas e demais profissionais da saúde e, ainda, os cuidadores diretos como o pessoal de enfermagem, por exemplo - não é tomado como problema técnico e não se apresenta, portanto, como uma questão a que deve responder. Somente naquelas situações em que essa independência de ação gera conflitos radicais e impasses no prosseguimento da execução do projeto assistencial que ele formulou para o caso, alguma comunicação em reconhecimento da complementaridade no trabalho surge como questão tecnológica e passa a ser elemento de sua técnica.

Dessa perspectiva estão ausentes quer a necessidade de informações que insiram o caso em grupos populacionais, a não ser para denotar o estilo de vida individual e as características pessoais dentro disso, quer a necessidade de avaliar diretamente a situação grupal-populacional referida ao problema médico-sanitário em pauta. Também estarão ausentes, no sentido do trabalho em equipe, as necessidades quer de registro de informações que apresentadas à consulta médica são relevantes a outros trabalhos, quer o aproveitamento na consulta do registro de outros trabalhadores especializados, e quer, ainda, de linguagem compatível com trocas comunicacionais.

Todas essas questões abandonadas como tal pelos produtores diretos, como se sabe, podem ser problemas do gestor, quando inserido em contextos de políticas de saúde que valorizem essa atuação, como no caso do gestor do SUS. Também estamos dizendo com isso que tal ou qual informação faz sentido tecnológico para esta ou aquela técnica, mas não são necessidades tecnológicas iguais e constantes para todos os profissionais e trabalhadores em saúde.

Para o produtor direto dos cuidados, o encontro de linguagem adequada para o registro-caso e registro-memória pessoal, e o encontro de uma hierarquia de dados a serem registrados, é sua problemática específica. Se isto possui alguma disciplina de ordem científica que se encontra em tratados de clínica (Dalmaso, 1998), no sentido comunicacional e interativo entre profissionais especializados, esta será uma recriação do saber tecnológico no exercício prático de suas orientações. E até para amparar tal recriação, em alguns serviços o registro padronizado serve de ponto de partida. No entanto, se a linguagem médica já não é mais comum entre os médicos, pois as áreas especializadas já cunharam linguagens específicas e de domínio restrito a seus especialistas, como mostra Atkinson (1995), o registro padronizado só encontra eco na tecnologia do produtor direto quando porta idêntica linguagem específica. Caso contrário, mesmo o padronizado sofre recriações, como mostra Sala (1998).

Temos, assim, da perspectiva comunicacional, uma ampliação dessa possibilidade entre profissionais de mesma área e uma maior dificuldade entre o trabalho multiprofissional, o que equivale a dizer que para o produtor direto, quando há preocupação interativa, deixando a informação e seu registro de terem caráter de memória estritamente individual e sendo instrumento de trocas de informações, isto só ocorrerá para as informações pertinentes senão ao caso individual, aos casos da especialidade, sem que tal procedimento deixe de ter o significado tecnológico de registro-caso.

Já diante da preocupação organizativa de integração entre profissionais no trabalho em equipe multiprofissional, e da preocupação avaliativa, como é a necessidade tecnológica do trabalho gerencial, a informação melhor é aquela que mais recobre a diversidade dos casos e do conjunto das operações dos trabalhos, para além das clássicas informações acerca da produtividade do trabalho e sua resolutividade em termos médicos e sanitários, para o conjunto dos casos. Primeiro, estará presente, aqui, sempre a preocupação de conjunto; segundo, a preocupação articuladora dos trabalhos, podendo a esta somar-se a percepção e conseqüente preocupação na esfera comunicacional e interativa, no sentido de desenvolver formas de trabalho efetivamente compartilhado. A necessidade tecnológica deste particular trabalho, portanto, contrasta em vários pontos com a do trabalho produtor direto dos cuidados.

A isso acrescenta-se o já mencionado fato de que gerentes de serviços pertencentes ao SUS, por exemplo, encontram-se diante de necessidades tecnológicas advindas de sua representação como gestor das questões da saúde pública. A gerência compromete-se, nesses serviços, não somente com aquelas ações tradicionalmente relacionadas ao campo da saúde pública (tais como vacinação e vigilância epidemiológica), mas destaca-se a marcada preocupação com a assistência individual. Neste sentido, a atividade gerencial está presente como ordenadora e controladora das ações médicas: a padronização dos registros, a formulação e implementação de diversas modalidades de atenção individual e em grupos de usuários dos serviços, as padronizações de condutas para diagnóstico e terapêutica, a supervisão técnica dos atendimentos, entre outros, são momentos presentes no cotidiano desses gerentes. Mas os médicos, como dissemos, tendem a desqualificar aquela perspectiva gerencial e sanitária no momento em que tomam a tarefa de intervir e resolver o problema do indivíduo que se apresenta à consulta médica.

Diante dessas divergências, dois tipos de lacunas terminam ocorrendo na geração das informações, mas principalmente em seus registros: uma que desqualifica a informação pertinente à atividade gerencial, outra, que reduz a anotação do caso a breves referências biomédicas que implicitamente justificariam a tomada de decisão médica.

Para o produtor direto, informações do tipo gerencial são tidas como apenas uma tarefa mecânica adicional, com a qual raras vezes sentem-se dispostos ou motivadas a colaborar. A nosso ver, uma melhora nesta direção é dependente do encontro de um sentido tecnológico a esse agente para tal atividade, exigência que se coloca para os formuladores das políticas públicas ou políticas institucionais e do planejamento dos serviços, além dos gestores. Essa questão é problemática a ser, certamente, melhor conhecida.

Para o gerente, despreocupado com a técnica desse produtor direto - ou como já dissemos, imaginando-se suficientemente instruído acerca dessa técnica, por familiaridade de capacitação profissional - não se coloca como exigência pensar elementos do registro facilitadores da "memória do caso" ou facilitadores da tomada de decisão médica. Isto é, não se coloca pensar uma linguagem e formas de registro que aproxime a sua necessidade de conhecer a população usuária e a necessidade clínica de conhecer o caso, a não ser os códigos bem estabelecidos pelos tratados clínicos, mas que apenas recobrem a dimensão biomédica da informação. É nesse sentido que, em situação de trabalho mais especializado até observamos convergência de objetos de interesse entre a ação gerencial e a do trabalhador direto, em especial o médico, no sentido da abordagem da doença no indivíduo. Também é de se notar, diante do fato de que o trabalho gerencial dirige-se à organização dos outros trabalhos, que em razão daquelas convergência, diminuem os conflitos entre esses trabalhadores: a atividade gerencial ganha o sentido do manejo de recursos, e, simultaneamente, de uma "liderança profissional". E isto é diferente do que ocorre nos serviços voltados à saúde pública, em que os contrastes das técnicas e necessidades tecnológicas dos trabalhos são mais polares (Sala, 1998).

Avaliação e trabalho; supervisão técnica e interação

As atividades de avaliação mais freqüentemente exercidas pelo gerente são as voltadas para a verificação das metas mais gerais do plano e administração de recursos. Se estas são dimensões evidentemente importantes do trabalho da gerência, são também, por outro lado, limitadas na sua capacidade de dialogar com o trabalho direto. Levantamos aqui, a possibilidade, aberta por diversas correntes do campo da avaliação em saúde e por diversas experiências práticas de gestão do SUS, de entender a atividade avaliatória como potencialmente capaz de lidar e promover algumas das dimensões do trabalho que destacamos acima.

A corrente de avaliação mais conhecida, quando se trata de serviços assistenciais de saúde, é a da avaliação e garantia de qualidade, representada, principalmente, nos trabalhos clássicos

cos de Donabedian. Não nos deteremos aqui em analisar a origem do inegável conflito entre a necessidade de autonomia do ato médico, de um lado, e a necessidade de controle social (ou accountability), que move os processos de avaliação da qualidade. (Schraiber & Nemes, 1996). Gostaríamos de destacar aqui um outro aspecto: a potencialidade inscrita nesta relação.

Os mecanismos mais tradicionais de garantia e avaliação da qualidade técnica do cuidado são, de fato, com muita frequência, tomados pelos profissionais como, no mínimo, constrangedores, quando não como persecutórios e punitivos. Muito embora os teóricos da qualidade afirmem que mais importante que achar o culpado é achar e analisar o erro, até hoje os controles de qualidade mais tradicionais tendem, no mínimo, a ser restritivos, estanques e não vinculados a outros níveis da organização (Malik, 1996). Tanto esta noção punitiva têm base real, que há um crença disseminada de que é mais fácil trabalhar com qualidade no setor privado do que no setor público, justamente pela relativa impunidade dos trabalhadores no setor público (Malik, 1992).

Não cabe aqui analisar esta questão, mas assinalar que o abandono do caráter punitivo destes mecanismos, a assunção de que falhas são inevitáveis e de que ninguém erra por prazer são a base da lealdade da organização para com seus funcionários (Malik, 1996). E, evidentemente, são o ponto de partida para uma forma de avaliação que se pretenda dialógica entre a gerência e o trabalhador direto.

Claro que a declaração desta intencionalidade não é o bastante. O trabalhador da saúde é hoje, no serviço público, submetido a uma relação péssima como o trabalho que se assenta nos constrangimentos às condições mínimas de trabalho, na ausência de perspectiva profissional, na perda substantiva de qualidade do trabalho e no trabalho embrutecido pela política da "falta" ou da "escolha de Sofia" (Machado, 1993).

A implementação de mecanismos de avaliação e controle da qualidade técnica do cuidado a partir de definições de qualidade de fato negociadas entre os profissionais e a gerência pode ser um mecanismo de resgate da profissionalização, do orgulho e da valorização do trabalho. Embora o trabalho dos profissionais em saúde, especialmente o do médico, permaneçam necessariamente dependentes de ajuizamentos pessoais e de decisões arriscadas, a transformação tecnológica da medicina (Schraiber, 1997) ampliou significativamente as possibilidades de controle "externo" da prática. A polaridade entre a autonomia técnica e a maciça utilização de técnicas matéricas de diagnóstico e terapêutica, abre um grande espaço de "negociação" possível entre a singularidade do ato médico individual e seu controle técnico externo.

É como promotor e incentivador destes mecanismos que o papel do gerente enquanto "liderança (também) profissional" pode também consolidar-se; é aqui que o registro pode ser informação re-valorizada enquanto alimentadora do processo avaliativo.

Novamente neste ponto é necessário ressaltar que o simples estabelecimento conjunto de critérios, normas ou padrões de qualidade não será suficiente. Não nos referimos apenas às necessidades de retro-alimentação ou de discussão constante dos padrões, já suficientemente ressaltadas pelos teóricos da qualidade. Chamamos a atenção para a es-

pecificidade tecnológica da atenção primária e as dificuldades metodológicas que elas implicam para os processos de garantia e avaliação da qualidade. Para além dos problemas comuns às práticas ambulatoriais como, por exemplo, a difícil caracterização dos episódios de doença, grande volume de queixas mal definidas e a presença importante de condições crônicas (Palmer, 1988), agregam-se outras, destacando-se, principalmente, a complexidade da articulação de finalidades diversas como a atenção à demanda espontânea e à condições epidemiologicamente importantes, ou a da qualidade do cuidado individual e a cobertura adequada da população adscrita (Nemes, 1996; Starfield, 1992).

Esta última questão nos parece a que mais tensiona, ao nível tecnológico, o processo avaliativo: enfrentar a cruel oposição entre princípios éticos-normativos como o da universalização versus qualidade. Traduzida no discurso dos trabalhadores pela triste expressão: "aqui fazemos o mínimo", esta oposição resulta na cisão entre os planos ético, político e técnico do trabalho, reduzindo o plano ético à características pessoais e paralisando, com frequência, qualquer tentativa de negociação entre a gerência, empurrada à condição de responsável exclusiva pelo plano político, e o trabalhador direto, à condição de responsável exclusivo pelo plano técnico (Nemes, 1996; Schraiber & Nemes, 1996). Somente com base no enfrentamento claro e negociado deste desafio será possível o diálogo acerca das definições de qualidade aceitáveis. Aqui, novamente, o papel do gerente é fundamental e só possível de exercer, se a gerência estiver, de fato, inteirada e "aliada" ao trabalho direto (Castanheira, 1996).

As questões de avaliação que tratamos até aqui, embora possam ser estendidas para algumas das atividades mais coletivas das unidades de saúde, envolvem especialmente as atividades individuais e, em particular o cuidado médico. De fato, o foco de avaliação e as técnicas avaliativas derivadas da corrente da qualidade são compatíveis com esta modalidade assistencial. Mas os serviços de saúde complexos, como os de atenção primária, envolvem processos de trabalho diversos. A avaliação precisa dar conta deste conjunto. E aqui aparece uma outra problemática. "Dar conta" do conjunto não será somente a soma da verificação de características desejáveis de cada processo de trabalho. Evidentemente, esta verificação pode constituir-se em etapa ou foco temporário da avaliação, mas não a esgota.

As "grandes" categorias avaliativas, operacionalidade e efetividade estratégica¹⁹, propostas para o trabalho em atenção primária (Sala et al., 1998) podem orientar metodologias capazes de integrar, na avaliação, os trabalhos parcelares e o trabalho coletivo. Articuladamente à qualificação estratégica das ações, há que se avaliar também sua qualificação comunicacional (Ayres, 1995; Sala et al., 1996).

A especificidade tecnológica desta modalidade assistencial complexa implica ainda uma outra questão avaliativa, conforme Nemes (1996). Questão essa, que deriva do fato de que no plano da proposição do trabalho ocorrem sucessivas reduções entre a escolha do objeto, seu recorte para o trabalho e o estabelecimento de padrões de operação e julgamento do trabalho. Na operação concreta do trabalho todos esses momentos são simultâneos, ocorrendo necessariamente uma reconstrução totalizadora daqueles níveis. A escolha, o recorte do objeto e os padrões de operação estão consubstanciados na ação do trabalho. Na avaliação, o trabalho pode ser apreendido apenas pelos padrões construídos a partir daquela redução sucessiva. Com isso, as práticas de avaliação apenas detectam contrastes entre os padrões

explicitamente esperados e os operados, sem analisar a rede de reconstruções que no trabalho como um todo estão sofrendo as escolhas, as normas e os padrões. Isto porque a dinâmica do trabalho, ao implicar uma totalização, necessariamente põe à prova aquelas reduções.

Isto implica que se partirmos de processos de trabalho onde este plano de reduções já se encontra claro e validado poderemos ignorar ou ao menos abstrair parcialmente a escolha prévia e a normatividade emanada desta própria escolha, avaliando imediatamente os padrões da operação técnica. Trata-se aqui de uma clareza de regras que, contudo, não evidencia a racionalidade de sua construção; esta já está dada e validada como "bem" tecnológico. De fato, há processos de trabalho onde essa racionalidade pode ficar abstraída, sem prejuízo para a validade da avaliação e para a aplicabilidade tecnológica de seus resultados. Trata-se neste caso de avaliar processos isolados de trabalho cujos produtos encontram-se bem estabelecidos. É bastante razoável admitir, por exemplo, a abstração presente na avaliação do cuidado médico tendo por base um padrão fixo de tratamento para uma dada doença. Quando porém, os padrões referem-se a processos complexos, de múltiplas dimensões articuladas, abstrair completamente aquela instituição implica necessariamente uma limitação na capacidade da avaliação em revelar a re-criação que o plano propositivo sofre na operação do trabalho.

Evidentemente não estamos defendendo que a avaliação seja capaz de rotineiramente promover uma arguição profunda do trabalho tal como se faz nas investigações avaliativas baseadas em "grandes" aportes teórico-metodológicos. Chamamos a atenção apenas para a necessidade do trabalho integral de superar as avaliações instrumentais referidas nas normas fixas da clínica e da epidemiologia, muito embora estas também possam jogar papel importante em específicos arranjos do trabalho. É preciso lembrar, contudo, que os processos de trabalho muito legitimados, tal como ocorre no trabalho médico individual contam com padrões já tão fixados e igualmente legítimos que assumem no trabalho a representação de imperativos tecnológicos, assentados sobre uma espécie de padrão máximo tão difícil de atingir quanto sempre presente na formulação do plano discursivo do trabalho. Defrontar-se com padrões diversos, fundados em outras normatizações, implicará conflitos de competência e de legitimação, incertezas éticas e técnicas e dilemas individuais profissionais para os agentes²⁰ que serão revelados na avaliação. Torná-los claros e submetê-los à discussão pública, pode ser o papel mais interativo da avaliação. Cremos que as metodologias avaliatórias baseadas na linha do empoderamento (empowerment evaluation, conforme Fetterman, 1994; Rowe, 1997) poderiam, pela sua compatibilidade de sua proposta com as questões que levantamos, ser bastante úteis para a gerência, na condução do processo de avaliação.

Trabalho e política pública: lembrando uma última questão

Seria importante considerar de que modo as questões gerenciais aqui tratadas e as características dos gestores nesta modalidade de organização relacionam-se com as tendências atuais das políticas públicas na proteção social, entendendo a saúde como parte dessa política. Isto porque, em razão da atual globalização dos mercados, há a tendência

a se adotar políticas que passem tanto a "desproteger" o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho. E nesta situação caberia indagar como ficam os gestores que representam esse Estado, exercendo seu papel de administrador público. Vale dizer, como agente também das ações estratégicas do Estado quanto aos modos da prestação da assistência, com certos padrões de produtividade do trabalho, certas formas de valorizar o médico e a equipe, certos resultados a alcançar junto à população, certas relações e condições de trabalho na articulação do setor público com o privado.

Os pontos de partida para uma tal reflexão remetem às questões recentes das novas articulações Estado-sociedade (Gerschman & Vianna, 1997; Costa & Ribeiro, 1996), incluindo a problemática da responsabilidade social para com a prestação direta de serviços. Isto agrega às problematizações de poder no campo das políticas públicas, aquelas concernentes à dimensão ética na articulação dos interesses público e privado (Girardi, 1996), aí configurando-se a problemática do Estado-provedor ou do Estado-regulador, como dualidade a ser estudada, tal qual mencionado ao início deste texto. Isto implica novas relações do setor governamental não só com a sociedade em geral, mas também com as organizações coletivas de interesse profissional, em particular, as corporações e seus arranjos (Ribeiro, 1996).

É óbvio que, pelos limites do presente texto tanto quanto de nossas próprias indagações, deixamos aqui apenas o convite para esta discussão.

Agradecimento

Os autores deste texto correspondem aos que tendo ocupado ou ocupando a gerência do CSE Samuel Pessoa, fizeram deste recorte seus objetos de pesquisa, para o que contaram com a grande colaboração dos demais, docentes e sanitaristas pesquisadores do Centro, cujas linhas de investigação em muito contribuíram para a reflexão ora publicada. Agradecemos ao Prof. José Ricardo C.M. Ayres e à equipe: Alexandre Nemes Filho, Ana Flávia P. L. d'Oliveira, Ana Silvia W. Dalmaso, Angela M. de Lima, Diane D. Cohen, Ivan França Jr e Ricardo R. Teixeira.

Notas

1 A denominação Saúde Coletiva surge ao final dos anos 70, embora o planejamento e a administração em saúde fossem já parte de campos que se fundiram na saúde coletiva. O reconhecimento do planejamento e da administração como temática conjugada é deste período, pois se

o planejamento é valorizado como instrumento de ação para o desenvolvimento da saúde nos anos 60, a administração pública e sanitária lhe é anterior, como temática da saúde pública.

2 Uma primeira investigação nesta direção encontra-se em Teixeira e Sá (1996).

3 Buscando aproximar essas questões tanto da perspectiva da ação social, quanto da produção teórico-metodológica, o estudo da implantação de programas e sua avaliação tal como em Hartz (1997), fornece uma rica discussão, em um recorte amplo e conceitualmente detalhado a esse respeito.

4 Cabe lembrar a discussão que se encontra em Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), acerca do subdesenvolvimento do conceito de atenção primária e a pouca atenção que ganhou na saúde coletiva o desenvolvimento de tecnologias nesse nível, denotando que nossa comunidade científica e profissional concebeu a simplicidade das patologias e técnicas pouco aparelhadas como sendo o mesmo que a simplicidade de cuidado e assistência ao paciente, terminando por não distinguir a tecnologia/equipamentos e as técnicas biomédicas da produção de um trabalho de assistência. Com isto deixou de considerar a complexidade da atuação neste nível assistencial, em que patologias simples e demandas básicas envolvem trabalho complexo, pois os cuidados são, em sua esfera própria, também difíceis. Sobre o trabalho em saúde como sendo sempre "ato difícil" por envolver em todos os níveis de atuação "julgamentos complexos e decisões arriscadas", mesmo que mude a natureza do risco e das complexidades assistenciais, veja-se Schraiber (1997).

5 Note-se que dizemos cuidados e serviços a serem produzidos na assistência à saúde, distinguindo esses termos; queremos conotar que se todo cuidado prestado é uma produção de serviço, nem todo serviço produzido é um cuidado, atenção e intervenção na forma individualizada de demanda e trabalho. Por outro lado, que produzir/consumir serviços, em especial cuidados, seja visto como um bem a mais, no e do mercado, é certamente uma forma conflitante de ver a questão da saúde como parte do dever de proteção social do Estado, e não menos conflitante por referência à perspectiva democratizadora da gestão à participação/controlado popular, o que apenas colocamos aqui como problemática a ser melhor desenvolvida. Ela também incorre em conflitos importantes na valorização do próprio trabalho e de seu profissional, problema que tem se tornado mais visível para os médicos e em razão do crescimento das organizações empresariais do sistema supletivo de assistência, em especial no caso dos que atuavam em formas de produção tradicionalmente valorizadas, por exemplo o consultório particular, antes desse maciço movimento de credenciamentos (Schraiber, 1997).

6 Especialmente relacionados a nosso campo valeria a pena consultar, como produções nesta perspectiva mais conceitual e tendo por base referenciais diversos: Ayres (1995); Mendes-Gonçalves (1992;1994); Ribeiro (1995); Novaes (1996) e Dalmaso (1998).

7 O componente do processo de trabalho em que se realiza essa recriação, temos denominado, da perspectiva de decisão/ação do profissional como sujeito da técnica, de autonomia téc-

nica. Ao tomarmos, como linha de pesquisa, o estudo acerca do cotidiano de trabalho, temos pesquisado a noção de autonomia profissional exatamente neste recorte, mostrando sua restrição no plano mercantil, quando vende seus serviços em mercado, e uma redistribuição que atualiza o poder de controle da ação no âmbito do julgamento e tomada de decisão assistencial, no atual trabalho altamente tecnológico. Veja-se também Ribeiro (1995) e Peduzzi (1998).

8 Distinguimos, aqui, o conhecimento científico que funda a técnica do saber prático da experiência profissional, do saber tecnológico que orienta a atividade do trabalho (Schraiber, 1997). Ver a respeito também, Dalmaso (1998), que sistematiza tais distinções, ao estudar as mudanças na produção do saber clínico.

9 Caberia aqui apenas lembrar que este é o fundamento da nossa compreensão do projeto ético-político da ação programática e de suas proposições para a operação do trabalho: saberes de cunho prático-operativo, saberes tecnológicos (Mendes-Gonçalves, 1994). Como projeto, a ação programática apreende de certa perspectiva ética e política as necessidades sociais; como saber tecnológico, propõe modos de fazer em modos de organizar o trabalho tecnicamente adequados às aproximações pretendidas das necessidades e sua satisfação.

10 O que também pode ser explicitado como uma externalização ou ato que torna objetiva a síntese que este agir representa: a articulação que este sujeito de projeto técnico (agente-sujeito técnico) realiza entre a objetividade da realidade social (e do trabalho) introjetada em sua própria subjetividade, enquanto sujeito sócio-histórico.

11 Veja-se discussão acerca do tecnológico como bem em si e desses deslocamentos em Ayres (1995).

12 Não entraremos aqui no debate sobre o atual deslocamento do trabalho como o centro da construção social ou o deslocamento da categoria trabalho para a melhor inteligibilidade da socialidade (Offe, 1989). Reteremos apenas a idéia de que o valor como categoria teórica não é o mesmo que o valor do trabalho como prática central de construção da socialidade, ao mesmo tempo que entendemos a necessidade de examinar melhor ambos os deslocamentos e seus sentidos concretos para a produção do conhecimento e para a intervenção social. Também é preciso contemplar as próprias mudanças do mundo do trabalho mais atual em que tais deslocamentos são observados. Quanto ao trabalho em saúde, ver Peduzzi (1997).

13 Ver também Giovanella (1990 e 1992) e Uribe (1995).

14 A priorização do político, neste caso, deve-se à situação objetiva deste lugar de gestor/gerente, claro. De outro lado, é bom lembrar, não estamos tratando da própria dimensão política que está contida nas ações técnico-científicas. O projeto de ação na intervenção técnica em medicina e saúde pública realiza sempre uma normatividade científica e outra de natureza ético-política, combinando conhecimentos técnico-científicos, interes-

ses profissionais, valores éticos e tradições culturais dadas. A esfera política ora em pauta é aquela do contexto da ação médica ou sanitária, contexto organizador e dinamizador dessas ações, em unidades dadas de produção (ambulatórios, hospitais, etc.).

15 Aqui fica claro o excesso da tecnificação pois o cálculo de eficiência e de eficácia de um ato é rigorosamente técnico, em que se combina a técnica de cálculo de produtividade de um trabalho com a técnica do cuidado ou trabalho a ser produzido, sendo a combinação resultante tomada como um saber de operação em si mesmo e sem sentido social (pela cisão entre o financeiro e as demais necessidades sociais implicadas).

16 É interessante notar que há diversas outras tentativas de tecnificação de práticas sociais. Por exemplo, será possível vermos na prática política as buscas de se encontrar formas estáveis de consecução de resultados simbólicos, mediante o recurso a saberes de operação determinados, tal como trabalhar imagens de candidatos a cargos públicos por meio de técnicas de comunicação de massa. Pode-se perceber nessas tentativas, uma espécie de tecnocentrismo, ou tecnologização do agir, por muitos colocado como o imperialismo dos meios (Gómez, 1990), por centrar a ação nos requerimentos da tecnologia material e dissolver os fins éticos em recursos tecnológicos de uma política tecnificada.

17 Retoma-se, aqui, a noção de autonomia técnica como a capacidade, competência e autoridade de recriação no saber prático dos conhecimentos científicos próprios de cada profissão, bem como dos saberes operantes indicativos quando no contexto de sua prática, conforme mencionado à nota 8.

18 O estudo analisa como o significado da informação e seu registro, para médicos e gerentes, relaciona-se aos respectivos processos de trabalho em saúde, examinando, empiricamente, situações diversas da assistência ambulatorial: unidades básicas e ambulatórios especializados. Uma aproximação, também da perspectiva do processo de trabalho, do sentido da informação e registro para outros profissionais não médicos, em trabalho de equipe, pode ser encontrada em Peduzzi (1998).

19 A operacionalidade é a medida da possibilidade do trabalho realizar-se conforme a dinâmica processual estabelecida. Analisa, portanto, a operação do modelo de organização do trabalho. A efetividade estratégica é a medida do alcance dos resultados estratégicos apreensíveis nos usuários do serviço e/ou na população, atribuíveis às ações realizadas e inicialmente previstos por cada um dos programas ou conjunto de atividades. Seus indicadores variam conforme o objeto do trabalho (Sala et al., 1998).

20 Não estamos aqui aludindo ao caráter de incerteza próprio do processo de trabalho médico em geral mas à sobredeterminação desta incerteza técnica pela especial articulação do trabalho na integridade, que gera dilemas de ordem diversa daquele do diagnóstico.

Referências

- Atkinson P 1995. Medical Talk and Medical Work. Sage Publications Ltd, London. [Links]
- Ayres JRCM 1995. Epidemiologia e Emancipação. Hucitec/Abrasco, São Paulo. [Links]
- Carapineiro G 1993. Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Afrontamento, Porto. [Links]
- Castanheira ERL 1996. Gerência do Trabalho em Saúde: Desenvolvimento Histórico da Administração em Saúde nos Serviços Públicos do Estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Costa NR, Ribeiro JM 1996. Política de Saúde e Inovação Institucional. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. [Links]
- Dalmaso ASW 1998. Estruturação e Transformação da Prática Médica. Técnica e Ciência na Segunda Metade do Século XX. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Dreyfus H, Rabinow P 1995 Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Forense-Universitária, Rio de Janeiro. [Links]
- Fetterman DM 1994. Empowerment evaluation. Evaluation Practice 15(1): 1-15. [Links]
- Gama R 1986. A Tecnologia e o Trabalho na História. Nobel/Edusp, São Paulo. [Links]
- Gerschman S, Vianna MLW 1997. A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização. Fiocruz, Rio de Janeiro. [Links]
- Girardi SN 1996. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. Divulgação em Saúde para Debate 14: 23-32. [Links]
- Gómez OG 1990. La Comunicación desde las practicas sociales. Cuadernos de Comunicación y Practicas Sociales 1, Universidad IberoAmericana, México (Número temático). [Links]
- Granger GG 1994. A Ciência e as Ciências. Unesp, São Paulo. [Links]
- Habermas J 1989. Consciência Morale Agir Comunicativo. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro. [Links]
- Habermas J 1990. O Discurso Filosófico da Modernidade. Publ. D. Quixote, Lisboa. [Links]
- Habermas J 1994. Técnica e Ciência como Ideologia. Edições 70, Lisboa. [Links]
- Hartz ZM de A 1997. Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas, Fiocruz, Rio de Janeiro. [Links]
- Kon R 1997. O Planejamento no Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Lenk H 1990. Razão Pragmática. A Filosofia entre a Ciência e a Praxis. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro. [Links]
- Machado MH 1996. Os Médicos e sua Prática Profissional: as Metamorfoses de uma Profissão. Tese de Doutorado. IUPERJ, Rio de Janeiro. [Links]
- Malik AM 1992. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cul-

- tura organizacional. *Revista de Administração de Empresas* 32(4): 32-41. [Links]
- Malik AM 1996. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos FUNDAP* 19: 7-24. [Links]
- Matta R da 1978. O ofício de etnólogo ou como ter "anthropological blues", p. 23-35. In E de O Nunes (org.) *A Aventura Sociológica - Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social*. Zahar, Rio de Janeiro. [Links]
- Mendes EV 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Mendes-Gonçalves RB 1992. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades, *CADERNOS CEFOR. Série Textos 1, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (CEFOR/SMS), São Paulo*. [Links]
- Mendes-Gonçalves RB 1994. *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Hucitec/Abrasco, São Paulo. [Links]
- Merhy EE 1992. *A Saúde Pública Como Política*. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Merhy EE 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debate do planejamento em saúde no Brasil, p. 117-154. In E Gallo (org) *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. Hucitec/Abrasco, São Paulo. [Links]
- Nemes MIB 1996. *Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde*, Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Novaes RL 1996. Sobre a técnica. *Manguinhos* III(1): 24-49. [Links]
- Offe C 1989. *Capitalismo Desorganizado: Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. Brasiliense, São Paulo. [Links]
- Paim JS 1993. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In EV Mendes (org) *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mundaça das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/ Abrasco, São Paulo. [Links]
- Palmer RH 1988. The challenges and prospects for quality assesment and assurance in ambulatory care. *Inquiry* 25: 119-131. [Links]
- Peduzzi M 1997. *Mudanças Tecnológicas e seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde*. Seminário sobre a Formação Técnica em Ciência e Tecnologia em Saúde, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fiocruz, Rio de Janeiro. Mimeo. [Links]
- Peduzzi M 1998. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. [Links]
- Ribeiro JM 1995. *Trabalho Médico: Ciência, Arte e Ação na Conformação da Técnica*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2 vols. [Links]
- Ribeiro JM 1996. *Estruturastecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS-uma abordagem dos fundamentos da política setorial*, p. 51-68. In NR Costa & JM Ribeiro (orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. [Links]
- Rivera FJU 1989. *Planejamento e Programação em Saúde: um Enfoque Estratégico*. Cortez-Abrasco, São Paulo. [Links]
- Rivera FJU 1995. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crí-*

- tica ao enfoque estratégico). Fiocruz, Rio de Janeiro. [Links]
- Ross D 1987. Aristóteles. Publ. D. Quixote, Lisboa. [Links]
- Rossi P 1989. Os Filósofos e as Máquinas. Cia das Letras, São Paulo. [Links]
- Rowe A 1997. L'Evaluation Axée Sur L'Autonomie. Bulletin de la Société canadienne d'évaluation: 1-3. [Links]
- Sala A 1998. O Registro Médico em Serviços Ambulatoriais: a Anotação como Componente da Técnica em Saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Sala A, Nemes MIB, Cohen DD 1996. A avaliação e a prática programática, p. 173-192. In LB Schraiber, MIB Nemes & RB Mendes-Gonçalves (orgs.) Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Sala A, Nemes MIB, Cohen DD 1998. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública 14(4): 741-751. [Links]
- Schraiber LB 1990. Programação em Saúde Hoje. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Schraiber LB 1993, O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Schraiber LB 1995. Planejamento e política nas práticas de saúde. Saúde em Debate 47: 28-35. [Links]
- Schraiber LB 1997. Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: Novos Dilemas, Outros Desafios. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. [Links]
- Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB 1996. Necessidades de saúde e atenção primária, p. 20-46. In LB Schraiber, MIB Nemes & RB Mendes-Gonçalves (orgs.) Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Schraiber LB, Nemes MIB 1996. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. Cadernos FUNDAP 19: 106-121. [Links]
- Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB 1996. Saúde do Adulto: Programas e Ações em Unidade Básica. Hucitec, São Paulo. [Links]
- Starfield B 1992. Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press, Oxford. [Links]
- Teixeira C, Sá MC 1996. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. Ciência e Saúde Coletiva 1(1): 82-103. [Links]
- Testa M 1992. Pensar em Saúde Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre. [Links]

PROPOSTAS DE OFICINAS

Oficina de Discussão de Casos – Um encontro

Essa é uma atividade que pode ser desenvolvida em pequenos a médios grupos e tem objetivo de discutir o tema da medicalização e construir práticas e conhecimentos alternativos à lógica da medicalização.

Para que esses grupos funcionem eles devem ser organizados previamente. Algumas regras devem ser preestabelecidas antes de dar início à discussão. Cada pessoa terá um tempo de fala? Ou será dividido em um momento de fala aberta e outra cronometrada? Quem faz a relatoria? E a inscrição?

Seguem os exemplos utilizados no Minicurso realizado durante o Segundo Seminário Internacional e que podem ser facilmente replicados.

Roteiro para trabalho em grupos (1h)

1. Escolher participantes para coordenar e fazer a relatoria.
2. Relembrar o objetivo da atividade.
3. Quais os aspectos do caso que você considera relevantes para a discussão do tema do sub-grupo.

Discussão sobre o contexto atual da medicalização, abordando os direitos de crianças e adolescentes, os sistemas e serviços de saúde e educação.

G. foi encaminhado para avaliação psiquiátrica na Clínica de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência do Hospital Público.

A escola o descreve como uma criança “portadora de comportamentos de agressividade física e verbal com os colegas e adultos, impulsividade, descontrole, desrespeito aos limites e regras, inadequação de posturas e atitudes, desacato frontal aos professores e funcionários, usando palavras de baixo calão, recusa no cumprimento de atividades pedagógicas e falta de interação social”. O quadro sugere, sem nomear explicitamente, tratar-se do TDAH e o pedido limita-se à intervenção psiquiátrica. Esta primeira impressão é confirmada em contato com a escola, quando nos dizem que a criança em questão precisa ser imediatamente medicada, sob pena de futura expulsão.

O pequeno “rebelde sem causa” tem apenas 6 anos de idade e cria à sua volta uma atmosfera de expectativas ame-drontadas por parte das crianças e adultos da escola.

Como abordar o caso? Que tipo de “instrumentos diagnósticos” utilizaríamos?

Que concepção de infância subjaz a esta descrição da criança? Que direitos seriam desrespeitados nesta descrição?

Discussão sobre a demanda, a recepção e a abordagem das queixas escolares nos serviços de saúde.

Depoimento da mãe ao médico, na consulta inicial de sua filha:

Minha filha de sete anos não está conseguindo se alfabetizar. A professora diz que ela não acompanha as outras crianças da classe, está sempre com a cabeça na lua. Quando ela tem atividades na sala de aula, fica prestando atenção em outras coisas que não a atividade. Por exemplo, se a proposta é escrever o nome dos animais, ela antes fica falando sobre os bichos que mais gosta ou conhece e acaba não conseguindo acabar a tarefa a tempo. A professora me disse que ela tem respiração bucal e é dispersa na sala de aula. Pediram para eu trazer no médico, porque ela pode ter algum problema de ouvido ou de cabeça. É por isso que eu estou aqui.

Quais os aspectos que vocês consideram relevantes para a discussão desse caso? O que considerar pertinente em relação à queixa da mãe, como atender a demanda e abordar a queixa? Que encaminhamentos são possíveis de serem feitos?

Recomendações para atuação dos profissionais nos serviços de saúde

L., 15 anos, estudante, natural de uma cidade do interior paulista, acabou de se mudar com a família para São Paulo. Matriculou-se hoje para atendimento na Unidade Básica de Saúde em seu bairro e trouxe como demanda a renovação da prescrição da medicação que vem tomando há um ano, desde que foi diagnosticada como portadora de déficit de atenção. Na primeira conversa com o enfermeiro responsável pelo acolhimento, a adolescente diz que está muito preocupada

porque o remédio acabou e na semana que vem começará a frequentar uma nova escola na capital, não quer repetir algumas histórias do seu passado no qual teve muitos problemas chegando a perder o ano escolar. Neste serviço, vem sendo discutida a questão da medicalização da educação, por isso a enfermeira solicita que a médica coordenadora deste programa atenda a adolescente e inicie a abordagem.

Que questões o grupo identifica nesse caso? Como queixas ligadas à escolarização chegam aos serviços de saúde? Como os profissionais podem atender a esse caso? Existem diferentes possibilidades de trabalhar com as demandas da paciente?

Recomendações para atuações em redes intersetoriais saúde/educação.

MSF, 7 anos. Natural e procedente de Campinas-SP. Acompanhante é a avó.

Criança chega na Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta com pediatra, com carta da escola, solicitando que seja feito atendimento médico e encaminhamento à oftalmologista, otorrinolaringologista e neurologista pois a criança, segundo a professora, não aprende na escola, tem bom comportamento e sociabilidade, porém seu rendimento escolar é ruim, não acompanhando o restante da classe. A avó é a cuidadora da criança desde bebê. Sua mãe, por ser solteira e morar fora da cidade, deixou a criança com guarda da avó. A cuidadora nega quaisquer sintomas e diz que a criança goza de boa saúde. Nega patologias anteriores e relata desenvolvimento neuro-psicomotor normal.

Segundo a avó a criança frequentou a pré-escola até os seis anos e meio e quando foi matriculá-la na escola foi informada que por já ter idade próxima de 7 anos a criança seria matriculada na 2ª série, mesmo sem ter feito a 1ª série. Na avaliação pediátrica a criança apresenta-se saudável, nutrida, sem déficits sensoriais ou de desenvolvimento, não sendo necessário nenhum encaminhamento à especialista a não ser um teste de acuidade visual de rotina realizado na própria UBS.

No fim do atendimento, o médico emite um parecer para a escola explicando que não havia nenhum problema de saúde que justificasse um acompanhamento médico a ser entregue pela avó. Dias após, o médico comenta em uma reunião de equipe “A escola nos manda um problema que é evidentemente deles”.

Quais os aspectos que vocês consideram relevantes para a discussão desse caso? O que considerar pertinente em relação à queixa da escola, como atender a demanda e abordar a queixa? Que são possíveis de serem feitos?

Oficina de Discussão de Casos – Encontros contínuos

A proposta dessa Oficina é que ela aconteça em mais de um encontro, para esses encontros podem ser utilizados plataformas virtuais como fóruns de discussão, lista de e-mail ou outra forma de comunicação que o moderador sinta-se à vontade.

O objetivo dos encontros é promover a discussão, troca de relatos e o acúmulo de experiências sobre determinados casos.

O caso é dividido em duas partes com o intuito de possibilitar um primeiro reconhecimento dos pares.

Igor é aluno de uma escola pública em São Paulo, tem 9 anos e está no 3º ano do fundamental I. Desde os 6 foi diagnosticado com TDAH e medicado com Ritalina.

A professora Marina sempre ouvira histórias sobre este aluno, conhecido por todos na escola por não parar quieto em lugar algum. Logo nos primeiros dias de aula deste ano, durante o intervalo, ele subira as escadas da caixa d'água, no pátio da escola, descendo somente com a presença da avó, que é responsável por seus cuidados. Esta diz à professora Marina que acha que tudo se deve ao fato da mãe dele ter sido usuária de drogas, motivo que a fez deixar o filho. Ultimamente, a avó tem percebido o menino mais agitado, o que fez com que o psiquiatra aumentasse a dose da Ritalina. Entretanto, a avó pensa que não adianta medicação, pois o menino “não tem mais jeito”, e fala em não dar mais a Ritalina, ameaçando por deixá-lo em alguma instituição.

Em razão das suas dificuldades na alfabetização, a professora Marina encaminha Igor para a Sala de Apoio Pedagógico. Ao mesmo tempo, vem observando o menino em sala. A professora da SAP comenta em uma reunião que já fora professora de sala de Igor, quando este tinha 4 anos. Lembre-se de um menino carinhoso e bastante ativo e observador.

A professora Marina já havia percebido algumas destas características em Igor, e decide pedir ao menino que a auxilie mais em algumas tarefas na sala.

SEGUNDA PARTE

Em razão das suas dificuldades na alfabetização, a professora Marina encaminha Igor para a Sala de Apoio Pedagógico e para acompanhamento com a Equipe de Apoio.

A professora da SAP comenta em uma reunião que já fora professora de sala de Igor, quando este tinha 4 anos. Lembre-se de um menino carinhoso e bastante ativo e observador.

A professora Marina já havia percebido algumas destas características em Igor e decide pedir ao menino que a auxilie mais em algumas tarefas na sala, com uma boa resposta do garoto.

Na escola, nenhum professor quer ficar com a sala de Igor, e pressionam Marina, exigindo a ida do menino ao médico e ao psicólogo. Também acham que deveriam chamar o Conselho Tutelar para obrigar a avó a continuar com a medicação.

Marina e a professora da SAP conversam periodicamente sobre seus alunos. Ambas percebem que Igor consegue fazer progressos na leitura. Continua bastante ativo, mas fica mais tranquilo quando tem a responsabilidade de ajudar a professora a distribuir materiais aos colegas.

Sugestão de leitura e discussão coletiva em atividades de educação em saúde

Locais: sala de espera, comunidade, escolas da região

Público-alvo: coletivos de adolescentes ou adultos.

Estratégia: leitura, reflexão e discussão, contextualizando com a questão da medicalização.

Disbicicléticos

Dani é uma criança que não sabe andar de bicicleta. Todas as outras crianças do seu bairro já andam de bicicleta; os da sua escola já andam de bicicleta; os da sua idade já andam de bicicleta. Foi chamado um psicólogo para que estude seu caso. Fez uma investigação, realizou alguns testes (coordenação motora, força, equilíbrio e muitos outros; falou com seus pais, com seus professores, com seus vizinhos e com seus colegas de classe) e chegou a uma conclusão: esta criança tem um problema, tem dificuldades para andar de bicicleta. Dani é disbiciclético.

Agora podemos ficar tranquilos, pois já temos um diagnóstico. Agora temos a explicação: o garoto não anda de bicicleta porque é disbiciclético e é disbiciclético porque não anda de bicicleta. Um círculo vicioso tranquilizador. Pesquisando no dicionário, diríamos que estamos diante de uma tautologia, uma definição circular. “Por qué la adormidera duerme? La adormidera duerme porque tiene poder dormitivo”. Pouco importa, porque o

diagnóstico, a classificação, exime de responsabilidade aqueles que rodeiam Dani. Todo o peso passa para as costas da criança. Pouco podemos fazer. O garoto é disbiciclético! O problema é dele. A culpa é dele. Nasceu assim. O que podemos fazer?

Pouco importa se na casa de Dani seus pais não tivessem tempo para compartilhar com ele, ensinando-o a andar de bicicleta. Porque para aprender a andar de bicicleta é necessário tempo e auxílio de outras pessoas.

Pouco importa que não tenham colocado rodinhas auxiliares ao começar a andar de bicicleta. Porque é preciso ajuda e adaptações quando se está começando. Pouco importa que não haja, nas redondezas de sua casa, clubes esportivos com ciclistas com quem ele pudesse se relacionar, ou amigos ciclistas no bairro que o motivassem. Porque, para aprender a andar de bicicleta não pode faltar motivação e vontade de aprender. E pessoas que incentivem!

Pouco importa, enfim, que o garoto não tivesse bicicleta porque seus pais não puderam comprá-la. Porque para aprender a andar de bicicleta é preciso uma bicicleta. (Felizmente, os pais de Dani, prevendo a possibilidade de seu filho ser disbiciclético, preferiram não comprar uma bicicleta até consultar um psicólogo.)

Transportando este exemplo para o campo da síndrome de Down, o processo é semelhante. Desde quando a criança é muito pequena, apenas um recém-nascido, é feito um diagnóstico – trissomia do cromossomo 21 – por um médico especialista, e verificado, com uma prova científica, o cariótipo. A partir disso, entramos em um círculo vicioso no qual os problemas justificam o diagnóstico, o qual, por sua vez, é justificado pelos problemas.

Por que a criança não cumprimenta, não diz bom-dia quando chega, nem adeus quando vai embora? “É que ela tem síndrome de Down”. Ah, bom! Achei que era mal-educada.

Por que a criança não se veste sozinha, e sua mãe a veste e despe todos os dias, se já tem oito anos? “É que ela tem síndrome de Down”. Ah, bom! Pensei que não lhe tinham ensinado.

Por que continua a tomar mamadeiras se já tem seis anos? “É que ela tem síndrome de Down”. Ah, bom! Imaginei que era comodismo de seus pais.

Por que a criança não sabe ler? “É que ela tem síndrome de Down”. Ah, bom! Pensei que não lhe haviam ensinado.

Por que não anda de ônibus? “É que ela tem síndrome de Down”. Ah, bom! Pensei que não lhe permitiam fazer isso.

E, assim, uma lista interminável de supostas dificuldades que, por estarem justificadas pela síndrome de Down, não necessitam de nenhuma intervenção, além da resignação. Todas as suas dificuldades se devem à síndrome de Down.

Podemos estender a qualquer outra deficiência em que o diagnóstico médico ou psicológico possa ser utilizado como desculpa para nos eximirmos de responsabilidades. Se classificamos a criança como disfásica, disléxica, discalcúlica, disgráfica, deficiente visual ou auditiva, mental ou motora, disártrica ou simplesmente disbiciclética, estamos fazendo algo mais do que “colocar um nome” no que pode acontecer com uma criança. Estamos criando expectativas naqueles que a cercam.

Por isso, eu sugiro que antes de comprar uma bicicleta para seu filho ou sua filha, comprove que não sejam disbicicléticos. Não vá que aconteça imediatamente após a compra dar-se conta de que se jogou dinheiro fora.

Emilio Ruiz Rodriguez

(psicólogo, Fundação Down Cantabria, na Espanha.)

<http://www.downcantabria.com/revistapdf/85/73-74.pdf>

QUESTIONÁRIO Grupo Interinstitucional Queixa Escolar

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E TELS.)

RELATÓRIO DO(A) PROFESSOR(A)

NOME DO ALUNO (A): _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

ESCOLA: _____

CLASSE: _____

PROFESSOR(A) ATUAL: _____

DATA: ___/___/___

Obs: Use o verso desta folha para as respostas, usando outra(s) mais, se necessário. Não use o espaço entre as perguntas, pois é muito pequeno.

1. Há alguma preocupação / queixa a respeito do(a) aluno(a)?
2. Como está o ensino/aprendizagem do ponto de vista pedagógico?
3. Como o(a) aluno(a) age em sala de aula? E no recreio?

4. Como é sua freqüência?
5. Onde ele(a) se senta na sala de aula?
6. Dê exemplos de fatos, acontecimentos ou cenas com esse(a) aluno(a) que lhe chamaram a atenção.
7. Histórico da vida escolar do(a) aluno(a): quando entrou na escola, que escolas e tipo de classes frequentou e como foi, quem foram suas professoras.
8. Como é a relação entre escola/ professor e a família?
9. Que explicações você tem encontrado para que acontece?
10. O que você tem tentado para trabalhar com esse(a) aluno(a)? Que efeitos tem surtido? Já teve essa queixa com outros alunos? O que tentou?
11. Há algo mais que você considere importante relatar?

(IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL)

Referências

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: questões para reflexão e debate. *Tempo social - Revista do Departamento de Sociologia da FFLCH-USP*. São Paulo, v. 1, n. 2, 1989, p. 105-119.

BREGGIN P. R. Intoxication anosognosia: the spell-binding effect of psychiatric drugs. *Ethical Human Psychology and Psychiatric*. n. 8, 1999, p. 201-215.

BREGGIN, P. R. Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: risks and mechanism of action. *Internat. Journal of Risk and Safety in Medicine*. n. 12, 1999, p. 3-35.

COHN, A. e ELIAS, P.E.M. Saúde no Brasil, 3ª Ed. São Paulo,: Cortez Editora, 1999

CONRAD, P. Identifying hyperactive children: medicalization of deviant behavior. Expanded ed. (Ashgate classics in Sociology). Burlington: Ashgate Publishing Company, 2006.

CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. v. 11, n. 1, 1977, 3-25.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

KEHL, M. R. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

MOYSÉS, M. A. A. Dislexia existe? - Questionamentos a partir de estudos científicos. In: Conselho Regional de Psicologia SP (org), Dislexia: subsídios para políticas públicas (Caderno Temático 8) / Conselho Regional de Psicologia 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010, p. 22-23.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional “Queixa Escolar”. Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 71-110.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC, p. 48-65, 2000.

ORTEGA, F. et al. Ritalina no Brasil: produção, discurso e práticas. Interface-Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

PAIM, J. S. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI. Salvador: EDUFBA, p. 49-78, 2006.

PATTO, M. H. S. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.

PATTO, M. H. S. Sob o signo do descaso. In PATTO, M. H. S. (org), A cidadania negada: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, p. 181-188.

SCHRAIBER, L.B., et al, Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999, p. 221-242.

SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, p.29-47, 2000.

SOUZA, B. P. Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento. In: SOUZA, B. P., *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 241-278.

SOUZA, M. P. R. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional “Queixa Escolar”, *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. SP: Casa do Psicólogo, 2010, p. 57.

SZASZ, T. *The medicalization of everyday life*. New York: Syracuse University Press, 2007.

