

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O FRACASSO ESCOLAR:  
EM  
UM ESTUDO DE CASO NA INSTITUIÇÃO MEDICA

Eliane Hollanda de Carvalho

Dissertação submetida como requisito  
parcial para a obtenção do grau de mestre  
em Educação

Orientador: Anna Maria Bianchini Baeta

Rio de Janeiro  
Fundação Getúlio Vargas  
Instituto de Estudos Avançados em Educação

1993

P A R E C E R

A Comissão de Exame, designada pela Resolução nº 13/1993, do Coordenador Geral do IESAE/FGV, para julgar a dissertação intitulada: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O FRACASSO ESCOLAR: UM ESTUDO DE CASO EM INSTITUIÇÃO MÉDICA", de autoria da aluna ELIANE HOLLANDA DE CARVALHO e composta pelos abaixo assinados, após a apresentação pública da mesma pela candidata e de ter esta respondido às arguições que por seus membros foram feitas, concorda em que a referida dissertação merece ser aprovada com louvor, sendo sugerida a sua publicação.

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 1993

Amélia Benedita Banti

[Assinatura]

Elizandra de - Costa

## SUMARIO

### INTRODUÇÃO

|  |     |
|--|-----|
| 1. A CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA .....  | 11  |
| 1.1. O fracasso escolar como objeto de estudo .....  | 11  |
| 1.2. Saúde Escolar: o fracasso escolar como<br>objeto de intervenção do sistema de saúde ..... | 14  |
| 2. PONTO DE PARTIDA TEÓRICO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS<br>E A CONSTRUÇÃO DA REALIDADE .....    | 20  |
| 2.1. O conceito de Representação Social .....  | 20  |
| 2.2. O debate teórico .....  | 26  |
| 2.3. A Representação Social na perspectiva da<br>abordagem qualitativa .....                   | 32  |
| 3. A PRÁTICA DA PESQUISA.....  | 38  |
| 3.1. O contexto .....  | 38  |
| 3.2. A coleta de dados .....   | 41  |
| 3.3. O CMS e o fracasso escolar: histórico<br>das iniciativas institucionais .....             | 44  |
| 3.4. Representações Sociais: considerações<br>metodológicas .....                              | 64  |
| 4. A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....  | 72  |
| 4.1. Introdução .....  | 72  |
| 4.2. O universo do escolar .....   | 73  |
| 4.3. Privação cultural e desempenho escolar.....   | 74  |
| 4.4. A família do escolar .....  | 84  |
| 4.5. Aspectos intra-escolares do fracasso escolar .....  | 97  |
| 4.6. Fracasso escolar. A superação de uma<br>questão social .....                              | 101 |
| 4.7. A superação do fracasso escolar .....   | 104 |
| CONCLUSÃO .....  | 108 |
| BIBLIOGRAFIA .....   | 113 |
| ANEXOS   |     |

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende retomar como tema de estudo o "fracasso escolar" das camadas populares, visto aqui sob o ângulo da instituição médica que diariamente atende a inúmeros casos de "mau desempenho escolar" oriundos da rede pública da cidade do Rio de Janeiro: o Centro Municipal de Saúde. Apontou para delimitação deste tema o reconhecimento de que na contramão da tendência que vem se firmando nas últimas décadas na pesquisa educacional no Brasil, a questão do fracasso escolar continua sendo explicada de maneira bastante tradicional em círculos médicos e educacionais, o mesmo acontecendo no âmbito familiar. Enquanto a ênfase teórica recai sobre o estudo dos fatores intra-escolares na produção do fracasso escolar, o discurso social sobre o tema mantém notável uniformidade há décadas: enfatiza-se a ausência de sanidade física e/ou mental do aluno e de sua família como causa do mau desempenho, da evasão e da repetência escolar.

Em função dessa concepção o que aparece, comumente (embora *original* não exclusivamente), como explicação são fatores como desnutrição, problemas neurológicos ou psicológicos, desagregação familiar. Em outros termos, significa apresentar "razões médicas" para elucidar a questão. A explicação social para o fracasso escolar ainda retira seus elementos justificadores centrais do discurso da Medicina e não do discurso multidisciplinar que informa a área de Educação.

Hoje, no entanto, existe na literatura educacional

brasileira uma série de trabalhos que tentam demonstrar que as causas do fracasso escolar não residem exclusivamente no aluno e sua família, visão tradicional que patologiza a pobreza (SILVA, 1991; PATTO, 1988; NICOLACI DA COSTA, 1987; SOARES, 1986; ZANETTA DE LIMA, 1985; CEDES No 15, 1985; MELLO, 1982; entre outros).

Esta situação contraditória, que demonstra um grande descompasso entre os avanços teóricos produzidos no estudo da questão e o discurso e a prática dos profissionais das áreas da Saúde e da Educação, suscita uma série de indagações: quais são as matrizes teóricas desse discurso? O que impede que essas áreas - especialmente a da Saúde - conheçam, discutam e incorporem de forma crítica esses avanços? De que forma e sob que critérios ~~se~~ conjugam<sup>-se</sup> os esforços das escolas públicas e dos centros de saúde para o diagnóstico e tratamento do "fracasso escolar"? Em que medida os centros de saúde podem ser considerados a solução para o problema do baixo rendimento escolar?


Este roteiro inicial de questões serviu para a delimitação do foco central da pesquisa: a análise da fala do profissional que atua nesses centros de saúde (1). O interesse era confrontar a percepção do profissional de saúde sobre as causas do fracasso escolar e sua atuação institucional neste campo com as atuais orientações teóricas que subsidiam os estudos sobre o tema.

---

(1) Médicos de diversas especialidades (pediatria, neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia), enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e, eventualmente, nutricionistas, formam o grupo multiprofissional que atua diretamente ligado ao diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem.

A partir deste balizamento inicial foram traçados os objetivos do trabalho.

Tomou-se como objetivo geral da pesquisa compreender os determinantes sociais do discurso e da prática dos profissionais de saúde sobre o fracasso escolar. Os objetivos específicos definiram-se a partir de opções de caráter metodológico. A idéia era colocar em prática uma estratégia de coleta e análise de dados que permitisse, tanto quanto possível, a construção de um quadro interpretativo mais abrangente da situação estudada.

Em consequência, estruturaram-se os seguintes  procedimentos:

- levantamento e análise dos planos de trabalho produzidos pela instituição escolhida, para atender à demanda das famílias e escolas públicas, relativamente a questões ligadas ao fenômeno "fracasso escolar";

- análise das representações sociais elaboradas pelos profissionais de saúde diretamente envolvidos no diagnóstico e tratamento do fracasso escolar na instituição, acerca

- .das causas do fracasso escolar,
- .do perfil de seus pacientes e familiares,
- .dos limites de ação do setor saúde quanto à questão.

Este projeto foi desenvolvido no Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle, situado no bairro da Penha, conhecido como "Posto XI" por fazer parte da XI Região Administrativa (XI R.A.). A escolha deveu-se a duas razões:

- uma, de caráter profissional: o fato de trabalhar numa instituição de pesquisa - Escola Nacional de Saúde Pública, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz - que vem tentando, ao longo



dos últimos anos, aprofundar uma reflexão sobre a condição sanitária dessa Região Administrativa, tendo em vista testar modelos de atuação local que contribuam para a implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUS). A proposta de trabalho, portanto, visa a produção de material que possa, em algum nível, contribuir para essa reflexão.

- a outra, diz respeito às características específicas do Centro Municipal de Saúde em questão, que já há alguns anos vem propondo modificações na forma de articulação do seu trabalho com os Distritos Educacionais (DEC's) e a população na discussão e superação de questões relativas ao fracasso escolar.

Os dados estatísticos atualmente disponíveis sobre a área são os fornecidos pelo Censo de 1980 e alguns trabalhos do Instituto de Planejamento Municipal (IPLAN-RIO), defasados *do ponto de vista cronológico.*  
C ~~cronologicamente~~. O nível de agregação dos dados disponíveis diz respeito a Regiões Administrativas e não a Bairros. É importante visualizar que a XI R.A. não inclui somente a Penha, mas parte da Penha Circular, Olaria e Brás de Pina, além dos bairros de Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral e Jardim América. A importância dessa área no contexto municipal aparece nitidamente *quando* se constata <sup>N</sup> que sua população, hoje estimada em torno de 341.000 pessoas, corresponde a 6% da população da cidade. Cerca de 31% desta população está distribuída em 28 favelas, segundo estimativas da Região Administrativa para 1985. Segundo estudo do IPLANRIO, para o período de 1981-1984, 52,2% do total dos moradores ganhava até dois salários mínimos mensais.

A população alfabetizada da XI R.A., em 1980, com dez anos e

mais, correspondia a 91,97% do total, ou 236.132 pessoas. O grau  
X predominante de instrução é o elementar. Este número, somado ao  
quantitativo daqueles que possuem o 1o grau completo corresponde  
a 81,62% do total de pessoas nessa categoria, proporção maior do  
que a encontrada no município do Rio de Janeiro como um todo  
(70,83%).

Segundo dados do IFLANRIO para 1984, o maior número de  
estabelecimentos de ensino na região é privado, principalmente na  
área de ensino de 2o grau, embora o número de matrículas seja  
maior na rede oficial. A mesma fonte observou, para o período  
1981-1984, um aumento da evasão e da repetência escolar. Observe-  
se que este último fenômeno atingia, em 1984, 46,26% dos alunos  
da 1a série do 1o grau.

O quadro social e educacional da área guarda relação com as  
discussões e tentativas de encaminhamento para a questão do  
fracasso escolar propostas pelo Centro de Saúde da Penha,  
culminando, em 1991, com a elaboração do Projeto Saúde e  
Educação. O objetivo central do Projeto foi o de investigar a  
relação existente entre problemas orgânicos e "fracasso escolar".  
Em acordo com o 7o DEC - o que coordena a atuação de parte das  
instituições de ensino da XI R.A. (2) - foram escolhidas seis  
escolas (3) entre as mais "carentes" da região, como objeto de  
estudo e intervenção do Projeto. O ponto comum entre elas eram as

---

(2) A XI R.A. engloba o 5o, 6o e o 7o DECs (Distritos  
Educacionais).

(3) As escolas são: República do Líbano, Alfredo Valadão, Cruzada  
São Sebastião, Eneyda Rabello de Andrade, Heitor Beltrão e Jorge  
Gouveia.

~~estudo e intervenção do Projeto. O ponto comum entre elas eram os~~



altos níveis de evasão e repetência. A idéia era, a partir do atendimento às crianças enviadas pelas escolas ao Projeto - via de regra alunos com histórias de sucessivas reprovações - produzir um estudo sobre essa amostra informal de casos e concluir pela prevalência ou não de causas orgânicas na explicação do fracasso escolar. - 182

Em resumo, a pesquisa concentrou esforços no sentido de analisar:

- a forma como os profissionais de saúde caracterizam e explicam a questão do fracasso escolar; como explicitam suas funções nesse contexto;

- o papel do Centro Municipal de Saúde enquanto produtor e difusor de um "discurso competente" sobre o tema.

A apresentação do trabalho estrutura-se em quatro capítulos e a conclusão.

No capítulo 1 procura-se balizar o estado atual do debate e as perspectivas de aprofundamento teórico que se desenvolveram, no âmbito da Educação, sobre as causas do fracasso escolar. A intenção é a de confrontar ~~o~~ <sup>o debate teórico</sup> com o nível de questionamento sobre o tema que hoje ~~se trava~~ <sup>existe</sup> no Centro de Saúde da Penha. São explicitadas as origens do trabalho em Saúde Escolar no Município do Rio de Janeiro que orientaram, de um ponto de vista normativo e centralizador, o trabalho desenvolvido pelos centros municipais de saúde.

No capítulo 2 discute-se a idéia de representação social, e o debate teórico que ela suscita. Procura-se situar a representação social, dentro de uma perspectiva qualitativa de

análise, e discutir a pertinência da utilização do estudo de caso como método de investigação.

O terceiro capítulo descreve a unidade de análise e sua atuação no campo do fracasso escolar. Trata, também, do desenvolvimento do trabalho de campo, isto é, da coleta de dados. Procura mostrar a representação social como uma ferramenta eficiente, do ponto de vista metodológico, para a análise das falas dos profissionais.

O quarto capítulo analisa as falas dos profissionais de saúde, procurando destacar as questões colocadas como básicas para a investigação do tema e as eventuais estruturas de relevância produzidas pelos discursos dos entrevistados.

A conclusão reagrupa as questões dos quatro capítulos, a partir de novos questionamentos feitos ao material descrito e analisado, sugerindo ainda alguns pontos de reflexão sobre o papel dos centros municipais de saúde no diagnóstico e tratamento do fracasso escolar.

## CAPITULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

### 1.1. O fracasso escolar como objeto de estudo

A expressão "fracasso escolar" designa um conjunto de problemas que afeta a população escolar brasileira, especialmente a clientela oriunda dos estratos mais pobres da sociedade, que frequenta a escola pública. O fenômeno expressa-se tanto nos altos índices de evasão/exclusão das instituições de ensino, quanto nos padrões de desempenho daqueles que ali permanecem.

As tentativas de compreensão do fracasso escolar nas camadas populares são quase tão antigas quanto o fenômeno, embora modifiquem-se as vertentes analíticas da questão.

A vertente analítica tradicional dos problemas educacionais baseada nos pressupostos do liberalismo, da teoria funcionalista e da pedagogia da Escola Nova conforma<sup>ou</sup> um parâmetro de pesquisa que privilegiava as dimensões pedagógicas e psicológicas do processo educativo, mais tarde acrescidas de preocupações relativas à importância da Educação nos contextos sócio-econômicos regionais, bem como sua relação com o processo de desenvolvimento/modernização da sociedade brasileira (PATTO, 1988; GOUVEIA, 1985).

Essa ótica perdurou até quase os anos 70. A instalação do regime militar no país, os estudos sociológicos voltados para a

questão do subdesenvolvimento e a relação que se estabelecia entre países periféricos e centrais, e o aparecimento da teoria reprodutivista marcaram as análises sobre o papel da escola neste período. Essa vertente analítica seria superada no final da década. Uma releitura de GRAMSCI - que possibilitou a discussão da função da escola na formação de um projeto contra-hegemônico de poder pelas classes populares (GOUVEIA, 1985) - foi uma das alavancas desse processo.

A partir dessa época opera-se, segundo PATTO (1988), uma ruptura temático-teórica com o trabalho de pesquisa realizado até então. A par de um redirecionamento teórico favorecido pela leitura de autores como GRAMSCI, SNYDERS e CARNOY, entre outros, revela-se do ponto de vista temático a preocupação com o estudo dos fatores intra-escolares na produção do fracasso escolar.

Neste sentido, o trabalho de ZAIA BRANDÃO, ANNA MARIA BAETA e ANY DUTRA (1984), denominado "Evasão e Repetência no Brasil" procede a uma ampla revisão bibliográfica do estado de conhecimento da questão, para o período de 1971/1981, relativo ao ensino de 1o grau no País.

As autoras, a partir da consulta a quase dois mil títulos de pesquisa, concluem que se estabeleceram seis áreas temáticas básicas de trabalho nesse período, relativas: a) aos alunos; b) ao professor; c) aos aspectos institucionais; d) às práticas pedagógicas; e) aos efeitos dos mecanismos de exclusão e seleção da escola; e f) à relação entre subnutrição e aprendizagem - o que significa reconhecer que as investigações no período considerado, orientaram-se basicamente na direção de questões ligadas aos aspectos intra-escolares do chamado "fracasso

escolar" (itens b, c, d, e).

Analisando o quadro atual dos estudos sobre a questão, FATTO faz duas observações de grande importância analítica para o tema em questão: além de acentuar ~~a já mencionada~~ "recorrência diagnóstica" dos trabalhos na área ao longo dos anos, a autora lembra que o aspecto de ruptura com o enfoque tradicional de pesquisa - representado pela ênfase, nas últimas duas décadas, de preocupações ligadas aos aspectos intra-escolares do fenômeno - é parcial ~~no sentido de~~ <sup>ao</sup> analisar a situação da clientela que frequenta a escola pública. Para ela:

"(...) nem só de ruptura é feita a pesquisa atual (...) à medida que as pesquisas vão desvendando as deficiências estruturais e funcionais da escola, ao invés da tendência a atribuir à clientela a responsabilidade pelo fracasso escolar ter sido ultrapassada, ela apenas foi somada à responsabilização do sistema educacional (...)"

E conclui:

Exemplos desta desarticulação encontramos em artigos que, (...) simultaneamente afirmam que as condições de vida da criança são incompatíveis com o desempenho escolar bem sucedido, o que, no mínimo, enfraquece qualquer proposta voltada para a melhoria da escola como solução para as dificuldades que supostamente lhe são exteriores" (FATTO, 1988:76).

Em outras palavras, a autora, ao apontar as contradições que permeiam a pesquisa educacional hoje, abre um viés de análise importante para explicar as contradições e/ou superposição de discursos ideológicos sobre o tema na área da Saúde.

## 1.2. Saúde Escolar: o fracasso escolar como objeto de intervenção do Sistema de Saúde.

Foi através da mediação do Sistema de Saúde que se instituiu uma das formas de intervenção do Estado na questão do fracasso escolar. Sua origem pode ser encontrada na prática de inspeção higiênica dos estabelecimentos de ensino, preconizada no século XIX (SILVA:1991) (4).

Segundo CARLOS SANTOS SILVA, em meados dos anos 20 foram criados "Pelotões de Saúde", no então Distrito Federal, palco de todas as iniciativas na República Velha. O objetivo desses pelotões era, seguindo uma disciplina militar, estimular hábitos físicos e mentais saudáveis, incentivando a competitividade entre os escolares:

"Os alunos eram agrupados para a formação de um destes pelotões com um perfil aproximado de desenvolvimento físico e mental, submetidos a exames médico-odontológicos que identificavam os defeitos ou doenças a corrigir, hábitos e atitudes a serem criados ou modificados" (SILVA, 1991:18).

O "Pelotão de Saúde" materializava, finalmente, a ação da "Saúde Escolar", criada em 1915, no governo de Wenceslau Brás.

Nessa época ainda não havia se estabelecido, em termos institucionais, o papel das diferentes Unidades Sanitárias no diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. As atividades de Saúde Escolar - que englobavam também os Serviços

---

(4) Para melhor compreensão dessas práticas como desdobramentos dos ideais higienistas e suas ligações com o conceito de "Polícia Médica" consultar GEORGE ROSEN (1980, citado na bibliografia).

Médicos Escolares, o serviço de Merenda Escolar, a criação da Associação de Pais e Mestres e a inclusão do tema "Educação Higiênica" no currículo da Escola Normal - refletiam, entretanto, as práticas higienistas que ganharam sua máxima expressão na Europa do século XIX.

O Higienismo concebia-se como uma "filosofia" e uma "teoria" da saúde e do bem-estar da sociedade. Pretendia, ~~portanto~~ <sup>portanto</sup>, atingir - conceitual e praticamente - o indivíduo, a família, a sociedade e o Estado (ROSEN, 1980:77 -141). Procurou dar sequência prática à idéia que vigorava já no século XVIII de que a Medicina e a higiene pública deveriam levar em consideração os aspectos sociais do processo Saúde/Doença.

No século XIX formulavam-se correntemente no âmbito da Medicina alguns princípios: o de que a saúde dos cidadãos era objeto de responsabilidade social; que as condições sociais e econômicas tinham um impacto de vulto sobre a qualidade de vida das populações; que as novas condições sociais de produção engendradas pelo aparecimento do capitalismo relacionavam-se com o aumento da pobreza e da doença. Nesse contexto, as práticas higienistas eram preconizadas, em particular, aos setores mais pobres da sociedade. Estabelecia-se uma estreita correlação entre doença, pobreza e vício nas camadas populares, embora o nexos causal definidor das relações entre esses elementos nem sempre ficasse claramente explicitado.

Assim, coexistem nessa época o reconhecimento da causação social dos padrões de morbi-mortalidade e a frequente referência ao modo de vida degenerado das camadas sociais pobres como causa



de morbidade. Essas concepções aparentemente contraditórias, a respeito da etiologia das doenças da população, afinal justificavam a intervenção do Estado na vida dos indivíduos. Para alguns autores do período, a ação reguladora do Estado - que equivale dizer reguladora da vida das camadas populares - era condição para que se mantivessem a segurança, a saúde, a felicidade e a possibilidade de trabalho útil da população. A palavra de ordem da época era "prevenção". Escolas, quartéis, prisões e hospitais eram alvos privilegiados das ações higienistas. O Eugenismo é a face do Higienismo que melhor explicita <sup>a</sup> existência, em certos círculos científicos da época, da concepção de degeneração como problema central da "patologia social" (ROSEN, idem, ibidem) (5).

Na perspectiva higienista, portanto, a necessidade de prevenção revela que um processo de analogia se estabelecia entre o equilíbrio do "corpo humano" e o do "corpo social". A condição de "ordem e progresso", neste caso, deriva do grau de sanidade de ambos. A prevenção, resguardando a higidez do corpo humano, permite que esta se reproduza no âmbito social.

No caso brasileiro, a criação dos "Pelotões de Saúde" dentro do ambiente escolar expressa a visão higienista do Estado na época, concebendo a escola pública como um local privilegiado para a promoção do equilíbrio entre o "corpo humano" e o "corpo

---

(5) Neste livro ROSEN analisa, na perspectiva de constituição da Medicina Social, o aparecimento da bacteriologia, quando a importância atribuída ao doente transfere-se para a importância atribuída à doença.

social" através da intervenção do Sistema de Saúde. Na perspectiva teórica marxista equivale dizer a promoção do equilíbrio entre as forças produtivas e as relações sociais de produção. Naquele período não é, portanto, a questão do desempenho escolar que está em pauta, mas o equilíbrio do sistema. Essa necessidade justificava a intervenção

preventivista das ações de saúde no âmbito da Educação.

Ressalta-se aqui que pontuar os pressupostos e alguns dados da evolução da Saúde Escolar tem como objetivo, neste trabalho, permitir a compreensão da trajetória dos serviços de saúde, especialmente no Rio de Janeiro, no diagnóstico e tratamento das questões relativas ao fracasso escolar.

Levantando a história da Saúde Escolar no estado, SILVA (1991) aponta várias fases pelas quais esta passou no antigo Distrito Federal. A Saúde Escolar (ou Higiene Escolar, ou Medicina Escolar, em outros períodos) foi, até 1972, atribuição da Secretaria Estadual de Educação. A partir daquela data passou a fazer parte da Superintendência de Serviços Médicos da Secretaria Estadual de Saúde. A modificação não obedeceu apenas a critérios de racionalização tecno-burocráticos do serviço público. Ao acompanhar a trajetória da Saúde Escolar percebe-se a alteração de seus objetivos com o decorrer dos anos.

Entre as décadas de 40 e 60, esta cumpria uma série de funções de inspiração higienista, como vacinar e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis entre os educandos. Ainda nesse período inicia-se a prática de encaminhamento de escolares a serviços médicos especializados: cirurgia, ortopedia,

dermatologia e cardiologia, entre outros (SILVA, 1991:17-43).

Na década de 70, coincidindo com a impossibilidade do sistema educacional cumprir suas funções face ao crescimento da população e dos níveis de exclusão social, opera-se, como já foi dito, o deslocamento da Saúde Escolar para o âmbito do Sistema de Saúde. Já em meados da década, aparece a preocupação explícita com os problemas de aprendizagem e distúrbios de comportamento. Em outras palavras, com a questão do fracasso escolar. Vale a pena destacar que em 1973 a então denominada Medicina Escolar passa a ser exercida pelos centros municipais de saúde, subordinada aos serviços de Puericultura e Pediatria dessas unidades.

Os anos 80 trouxeram muitas alterações ao programa de Saúde Escolar no estado do Rio de Janeiro. A experiência dos CIEPs (Centros Integrados de Educação Popular), onde se iniciou o trabalho de alocação do profissional de Saúde na própria unidade escolar, foi uma delas. Outra modificação foi a subordinação do Programa de Saúde Escolar, em 1988, às normas do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (Idem: 48-54).

Em consequência da incorporação oficial a um programa mais amplo, foram extintas algumas práticas da Saúde Escolar, como o registro de saúde. Segundo SILVA (1991), as atividades reduzem-se a exigências mínimas, tendo em vista os documentos necessários à matrícula daqueles que ingressam na escola pública: atestado médico e carteira de vacinação (Idem: 48).

Se oficialmente a Saúde Escolar passa por um momento de reestruturação de suas atividades no município, na prática os

centros municipais de saúde continuam recebendo, diagnosticando e tratando um grande número de pacientes enviados pelas escolas (a maioria) e trazidos por iniciativa das famílias. Há um enorme contingente de crianças que, ao chegar ao centro de saúde, já estão rotuladas como portadores de distúrbios de aprendizagem.

## CAPITULO 2 - PONTO DE PARTIDA TEORICO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DA REALIDADE

### X 2.1. <sup>A ideia</sup> ~~O conceito~~ de representação social

O que são representações sociais? A que âmbito teórico estão circunscritas? Como se expressam? Como devem ser compreendidas?

A idéia de Representação Social tem sido alvo, desde o século passado, de reflexão no campo das Ciências Sociais, sendo enfocada por grandes teóricos do período: DURKHEIM, MARX e WEBER (MINAYO, 1989:218-239). Pode-se dizer que ela se desenvolveu no espaço de interseção existente entre a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia Social. Esta disciplina foi responsável pelo desenvolvimento mais recente da idéia (6), utilizada hoje em várias áreas do conhecimento social.

O tema das Representações Sociais está estabelecido sobre o campo que se convencionou chamar de "pensamento prático", "pensamento natural", "pensamento ingênuo", ou ainda, "senso comum". Do ponto de vista metodológico, estruturou-se como instrumento de análise da denominada perspectiva qualitativa de

---

(6) SERGE MOSCOVICI, ao publicar na França, em 1961, o seu estudo sobre "A Representação Social da Psicanálise" (editado no Brasil em 1978) retomou e desenvolveu de forma sistemática o conceito durkheimiano de Representação Coletiva, considerado por ele um "conceito perdido" na história das Ciências Sociais.

pesquisa (MINAYO, 1989; TRIVINOS, 1987). Esta abordagem parte do pressuposto de que dados quantitativos não abarcam todas as possibilidades de caracterização/explicação do real.

A Representação Social pode ser entendida como uma forma de conhecimento do mundo. É elaborada a partir de imagens, sistemas de referência e classificação do real, idéias e visões de mundo que estão na base de processos psíquicos que conformam um "sistema cognitivo" da totalidade social (MOSCOVICI, 1975:10). As Representações Sociais permitem a apreensão do mundo concreto e constituem o substrato da ação individual e coletiva.

A necessidade de explicar o mundo e agir sobre ele, de incorporar o novo à vida cotidiana, faz com que os indivíduos, os grupos e as classes sociais formulem representações que orientem as suas condutas frente a uma realidade permeada de contradições. A linguagem do senso comum é o seu veículo privilegiado, mediação entre o "mundo interno" e a "realidade social" tal como é percebida. Como a adscrição social de cada indivíduo ou grupo é diferenciada, variam as formas de compreensão da realidade, explicada sempre de maneira parcial e contraditória. No entanto, o caráter fragmentário das Representações Sociais é a condição mesma de sua existência. Constituem-se num esforço de elaboração, administração, explicação e invenção da vida social, a partir de uma relação dialética construída entre a bagagem sócio-cultural dos atores sociais e a realidade circundante. Embora possuam determinação social, refletem diferenças individuais e/ou coletivas sobre as formas de viver e conceber a sociedade.

DENISE JODELET (1984:9-12) apresenta as características

centrais do ato de representar. A Representação Social:

a) é sempre a representação de um objeto (7);

b) possui um caráter imaginante, isto é, uma face figurativa que é inseparável de sua face simbólica. A estrutura imaginante vai "reproduzir de maneira visível uma estrutura conceitual" (JODELET, 1984:17). Segundo um exemplo de MOSCOVICI (1978:65), a representação social do inconsciente faz com que ele seja visualizado (isto é, tenha uma existência figurada) como uma camada mais profunda e envelopada do cérebro;

c) tem a propriedade de tornar intercambiáveis o sensível e a idéia, o percepto e o conceito. Ou, segundo MOSCOVICI, na relação do sujeito com o objeto de conhecimento a Representação Social apresenta um aspecto perceptivo, implicando a presença do objeto e um aspecto conceitual, implicando a ausência do objeto (1978:57);

d) tem um caráter simbólico e significante. A Representação Social faz corresponder a toda figura um sentido e a todo o sentido uma figura. JODELET cita como exemplo a comparação do sexo feminino à idéia de "tabernáculo sagrado da vida" (1984:17);

e) possui um caráter constitutivo, autônomo e criativo frente à realidade. Em outras palavras, não se confunde com

-----  
(7) Segundo MOSCOVICI (1978:44-47), as Representações Sociais não se confundem com outras formas de pensamento. Enquanto as Representações Sociais se constituem como vias de apreensão do mundo concreto, o mito, nas sociedades antigas, cumpre a função de uma explicação totalizadora da realidade social. A opinião é uma fórmula pouco estável e particularizadora sobre uma questão controvertida, a imagem, próxima da opinião, é concebida como um reflexo interno de uma realidade externa.



reflexos do real ou reprodução dele, embora possua base social;

f) deriva de uma base social. Para JODELET (1984:5) essa base se exprime nos quadros de apreensão da realidade fornecidos pela bagagem cultural dos indivíduos ou grupos, pelo contexto concreto onde as pessoas estão inseridas e pelos códigos, valores e ideologias decorrentes das posições sociais que elas ocupam.

Em suma, a Representação Social demonstra a forma como se processa o conhecimento comum, como se absorve a novidade na vida cotidiana sem que os indivíduos e/ou grupos percam suas referências pessoais e sociais.

Competem hoje no campo da Psicologia Social duas grandes correntes que procuram dimensionar o estatuto do social na disciplina: o cognitivismo social e a teoria das Representações Sociais. Este debate reflete, em última instância, a luta pela acentuação que prevalecerá na demarcação de seu campo teórico: a dimensão cognitiva individual ou a dimensão social do pensamento e da ação humana.

X Se a vertente encarnada, entre outros, pelo <sup>cognitivismo</sup> ~~cognitivismo~~ social procura atribuir maior relevo aos fenômenos <sup>cognitivos</sup> ~~cognitivos~~ (individuais) na investigação psicossocial, a outra passa a acentuar a dimensão intrinsecamente social dos processos psicológicos como a <sup>percepção</sup> ~~percepção~~ e a motivação. Nesta vertente, X enquadra-se a teoria das Representações Sociais. Ou, em outras palavras:

X Com efeito, não basta considerar o funcionamento dos processos psicológicos no marco, sempre social, de sua realização. Tampouco é suficiente analisá-las sob o prisma de suas ineludíveis dimensões <sup>103</sup> sociais, mas

X  
que, além disso, devemos elucidar a própria  
construção social dos processos psicológicos  
(IBANEZ, 1987:25. O grifo é do autor).  
1988

Em sua visão, as Representações Sociais são, ao mesmo tempo,  
processos e produtos sócio-culturais, pensamento constituído e  
constituente.

Enquanto pensamento constituído, as  
Representações Sociais se transformam  
efetivamente em produtos que intervêm na vida  
social como estruturas preformadas, a partir  
das quais se interpreta, por exemplo, a  
realidade. Estes produtos refletem em seu  
conteúdo suas próprias condições de produção  
e, desta maneira, nos informam sobre as  
características da sociedade em que se  
formaram. Enquanto pensamento constituente, as  
Representações Sociais não só refletem a  
realidade mas intervêm na sua elaboração. Isto  
constitui, sem dúvida, uma das características  
mais interessantes das Representações Sociais.  
A Representação Social constitui, em parte, o  
objeto que representa. Não é um reflexo  
interior situado dentro dos sujeitos, de uma  
realidade exterior, mas é um fator  
constitutivo da própria realidade (IBANEZ,  
1988:33).

Grifo

CLAUDINE HERZLICH também insiste no caráter constituente da  
Representação Social quando lembra que esta "não é apenas esforço  
de formulação, mas também interpretação e questão de sentido"  
(1991:26).

No dizer de MOSCOVICI

X  
introduzi-las  
As representações individuais ou sociais fazem  
com que o mundo seja o que pensamos que ele é  
ou deve ser (...). O trabalho de representar  
consiste em atenuar (...) estranhezas,  
introduzi-las no espaço comum, provocando  
encontro de visões, de expressões separadas e  
disparas que, num certo sentido, se procuram  
(1978:59-61).

Grifo

Há um consenso entre os representantes de várias áreas do  
conhecimento como a Sociologia (HERZLICH, 1975), a Psicanálise  
(MOSCOVICI, 1978) e a Psicologia Social (IBANEZ, 1987) no

reconhecimento de que o estudo precursor de DURKHEIM sobre o tema das Representações Coletivas é a base do posterior desenvolvimento da idéia de Representação Social.

Parece-nos pura evidência que a matéria da vida social não se possa explicar por fatos puramente psicológicos, quer dizer, por estados da consciência individual. Com efeito, as representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que os afetam. Ora, o grupo é constituído de maneira diferente do indivíduo e as coisas que o afetam são de uma outra natureza, logo, representações que não exprimem nem os mesmos sujeitos nem os mesmos objetos não poderiam depender das mesmas causas. Para compreender a maneira como a sociedade se representa a si própria, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos particulares (DURKHEIM, 1973:381).

Reconhece-se também que a idéia de Representação Social aparece contextualizada nos marcos teóricos dos dois outros clássicos das Ciências Sociais: WEBER e MARX. No primeiro autor, pela articulação que ele estabeleceu entre base material e eficácia das idéias (ou representações) no contexto da vida social. No segundo, pela instituição da categoria consciência como aquela que, na perspectiva do materialismo dialético, abrangeria o conteúdo das idéias e representações e orientaria as relações destas com a base material que as determina em última instância (MINAYO, 1989:221-228).

TOMAS IBANEZ (1988) assinala que a preocupação com as Representações Sociais aparecem no contexto da formação da Psicologia Social, no início deste século, com os estudos sobre o conceito de atitude. Segundo o autor, apesar de variarem os enfoques teóricos, o grande número de trabalhos dedicados desde

então ao tema indicaria a importância que a disciplina sempre atribuiu às estruturas cognitivas (socialmente adquiridas) com as quais o indivíduo se relaciona com a realidade cotidiana.

## 2.2. O debate teórico

X Avaliar as possibilidades interpretativas da idéia (8) de Representação Social é tarefa difícil. Isto ocorre em função da sua utilização em diferentes contextos <sup>Teóricos</sup> ~~históricos~~ - como o marxismo e a fenomenologia - abrangendo disciplinas tão diversas quanto a Sociologia, a Psicologia Social, a História (em especial a vertente conhecida como História das Mentalidades), a Psicologia e a Antropologia. Em todas essas áreas, a idéia X aparece, atribuindo-se a ela graus diferentes de eficácia X interpretativa, em função do lugar teórico ocupado dentro de cada disciplina.

-C <sup>Observa</sup> HERZLICH ~~aponta~~ que as críticas feitas aos primeiros estudos sobre Representação Social foram formuladas principalmente pela Psicologia Social e pela Sociologia. Os críticos filiados à primeira dessas disciplinas perguntaram-se sobre o caráter "geral e pouco mensurável" das Representações Sociais e a possibilidade de utilizá-las de forma preditiva. Afinal, a atividade científica, classicamente, dispõe-se a conhecer para controlar e prever.

---

(8) Neste trabalho a Representação Social foi sempre referida como idéia ou noção. Em função do autor pesquisado ela pode aparecer classificada ora como **noção**, ora como **conceito**. IBANEZ (1988:25) ~~propõe~~ uma **teoria** das Representações Sociais.

*propõe*

Já os sociólogos, por estarem acostumados a produzir sínteses mais ambiciosas e "objetivas", estranharam a importância dada às representações dos sujeitos sociais, face aos seus esquemas rígidos de interpretação dos fenômenos ideológicos (HERZLICH, 1991:27-31).

Para a autora, foi a crise dos grandes sistemas "fundados sob o primado das determinações sócio-econômicas" que elevaram o "sujeito" da ação social ao status de objeto de estudo pertinente e legítimo para a compreensão e funcionamento da sociedade.

HERZLICH considera a Representação Social como uma noção cuja eficácia é limitada pela sua generalidade. Faz, no entanto, uma ressalva quanto às suas possibilidades de aplicação. A matéria prima (questionários, entrevistas) do estudo das representações se efetiva e exprime, necessariamente, através da mediação da linguagem. O estudo das significações encontradas nas representações constituir-se-ia num viés de interpretação privilegiado para exprimir, num nível de análise específico, o "funcionamento de configurações sócio-cognitivas bastante globais, graças às quais o individual e o coletivo se interpenetram". (1991:32).

Além de suas possibilidades interpretativas, discute-se a posição das Representações Sociais <sup>como</sup> ~~enquanto~~ atividade simbólica e, portanto, ideológica, da praxis humana. Não há dúvida, entre os que discutem essa questão, que a linguagem é uma atividade de

simbolização do real (9). O que está em jogo, neste caso, é o papel da atividade na constituição/instituição do real.

Para MARILENA CHAUI, a representação é uma atividade e uma dimensão necessária da praxis social.

Pensar e representar são momentos da praxis tanto quanto agir, este e aqueles exprimindo, dramatizando ou ocultando uns aos outros no movimento pelo qual uma sociedade se efetiva como sociedade determinada (1978:9).

A autora apresenta a atividade de representar como dimensão da ideologia que atravessa as formas de existência social. Nessa perspectiva, elas são "um momento real e imaginário, pois é constitutivo do ser das classes sociais que o ilusório seja seu modo de aparecer" (1978:11. O grifo é da autora).

CHAUI apresenta a questão da Representação Social num duplo e simultâneo registro: como dimensão constituinte da praxis humana e, ao mesmo tempo, como modo de aparecer da impossibilidade de reflexão e, portanto, de conhecimento, do campo do ideológico. Sua posição, filiada a premissas materialistas, distingue-se da de outros autores, que deixam entrever outras orientações teóricas e epistemológicas.

---

(9) FRANCIS VANDOE (1987) aclara o conceito de linguagem de EMILE BENVENISTE. "A linguagem, segundo BENVENISTE, é um sistema de signos socializados. "Socialização" remete claramente à função de comunicação da linguagem. A expressão "sistema de signos" é empregada para definir a linguagem como um conjunto cujos elementos se determinam em suas inter-relações, ou seja, um conjunto no qual nada significa por si, mas tudo significa em função dos outros elementos. Em outras palavras, o sentido de um termo, bem como o de um enunciado, é função do contexto em que ele ocorre (VANDOE, 1987:29).

Estudando a questão do ponto de vista de um outro campo do saber - a Psicanálise - JOEL BIRMAN destaca outra via de apreensão do tema: a das relações existentes entre o real e sua representação. Para o autor, tanto a Psicanálise quanto a Antropologia concebem o real não como entidade exterior ao sujeito do conhecimento, mas definido num contexto de relações entre ambos: "(...) o real é capturado pelas redes de sentido inscritas na ordem simbólica..." (1991:7)

E prossegue:

Portanto, o real apenas se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe oferece consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e linguística. Isso implica dizer que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão (1991:8. Grifos do autor).

Nesta perspectiva, destaca o autor, a realidade social (e a psíquica) constitui-se pela mediação primordial da linguagem num "campo de objetividade" estruturado em torno das idéias de significação e interpretação das relações entre indivíduo e sociedade (10).

Para CHAUI, a representação significa, necessariamente, um não-conhecimento (embora contenha elementos de conhecimento). O conhecimento estaria sempre oculto, cabendo ao processo reflexivo

---

(10) A objetivação dos processos que constituem o "mundo intersubjetivo do senso comum", vista do ângulo da Sociologia do Conhecimento e da análise fenomenológica, encontra-se discutida no livro "A Construção Social da Realidade", de PETER BERGER e THOMAS LUCKMANN, citado na bibliografia.



- aquele que produz conhecimento - numa perspectiva processual, desvendá-lo, encontrar sob a aparência, a essência dos fenômenos.

Para BIRMAN, ao contrário, a representação significa a forma como o campo simbólico absorve e dá sentido ao conhecimento do mundo. O que implica dizer que, para o autor, a representação não significa um "não-conhecimento", mas a forma que especifica e aclara a importância da atividade simbolizadora na construção da realidade.

Em verdade, ambos reconhecem a realidade como uma construção social, intersubjetiva e historicamente datada. O que parece variar para Chaul é o limite da atividade simbolizadora na construção da realidade social. A posição de BIRMAN é mais relativizadora neste sentido, uma vez que sua compreensão de realidade engloba a idéia de "ato de linguagem", que exclui a separação entre linguagem e ação.

(...) pois a linguagem é imediatamente ato, já que é primordialmente fala e interlocução entre sujeitos no espaço social. Assim, a linguagem é abertura para a produção da história (1991:11).

Essas divergências ultrapassam o terreno do científico e terminam por se expressar no campo da epistemologia.

Na análise de PIERRE BOURDIEU (1983) estas diferenças de perspectiva se traduzem em formas cristalizadas de produção do conhecimento teórico, polarizadas em torno da disputa entre as abordagens objetivista e subjetivista do real.

Para o autor, a forma de conhecimento subjetivista (ou fenomenológica) privilegia a "experiência primeira do mundo social" pelo indivíduo, responsável por sua atividade de representação da realidade. Já o conhecimento objetivista pensa a

sociedade como fruto de relações objetivas que estruturam as práticas sociais e suas representações (BOURDIEU, 1983:47) - (11).

Em outras palavras, significa dizer que no campo do tema que interessa a este trabalho - o das representações - estas são vistas ora (pela via objetivista) como relações, em última instância, constituídas pelo real, ora (pela via subjetivista), como relações constituintes do real, derivando daí as possibilidades interpretativas que lhes são atribuídas. A via objetivista parece ser a encampada por MARILENA CHAUI; e a subjetivista, por JOEL BIRMAN.

Como já foi aventado por IBANEZ, no item 2.1., as Representações Sociais podem ser consideradas como "processos e produtos sócio-culturais, pensamento constituído e constituinte" (1988:33). Seus mecanismos básicos de funcionamento - a objetivação e a ancoragem - que serão discutidos no Capítulo 3 - definem bem, do nosso ponto de vista, sua posição no contexto da construção social da realidade.

Situados em linhas gerais, os termos das polêmicas que atravessam o campo de estudo das Representações Sociais, cabe situar de que ponto de vista este trabalho irá incorporar esta

---

(11) BOURDIEU (1983:46-81) propõe, como maneira de superação destas abordagens, a forma de conhecimento que ele denomina de praxiológico que tenta, nas palavras de RENATO ORTIZ (1993:14) "(...) encontrar a mediação entre agente social e sociedade, homem e história".

Para uma avaliação crítica da abordagem proposta por BOURDIEU, bem como uma análise de seus pressupostos, consultar os ensaios de SERGIO MICELI e RENATO ORTIZ, indicados na bibliografia.

idéia e suas possibilidades de aplicação com relação ao material empírico levantado pelo trabalho de campo.

### 2.3. A Representação Social na perspectiva da abordagem qualitativa.

A perspectiva "qualitativa" de pesquisa surge, em princípio, destacando sua oposição a uma perspectiva "quantitativa" de trabalhar a realidade social. Esta deriva originalmente da corrente denominada sociologia compreensiva que se desenvolveu a partir das reflexões de DILTHEY, um precursor, e em especial de MAX WEBER, sobre o caráter das relações entre indivíduo e sociedade e sobre a própria constituição das Ciências Humanas, para este autores radicalmente distintas das Ciências da Natureza. (12)

TRIVINOS (1987, 128-130), com base na classificação de BOGDAN (1982) enumera as características básicas da pesquisa qualitativa.

- a) tem o ambiente natural como fonte de dados e o pesquisador como instrumento chave;
- b) é descritiva;
- c) os pesquisadores estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;
- d) os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente;

---

(12) Para uma discussão do debate instaurado no século XIX sobre essa diferença, consultar Lowy (1987,1988). A polêmica que se segue a essa discussão - existe um método científico aplicável à todas as ciências ou métodos científicos adequados à "natureza" de cada disciplina científica? - pode ser encontrada, entre outros em HEGENBERG (1976, v.2, cap.4); BOUDON (1973, cap.1) e KAPLAN (1969, cap.14).

e) o significado é a preocupação essencial na abordagem.

O autor aponta o desenvolvimento de duas vertentes na pesquisa qualitativa: a "subjetivista-compreensivista" que se desenvolve a partir da reflexão de autores como DILTHEY, WEBER, JASPERS, HUSSERL e SARTRE; e a "crítico-participativa com visão histórico-estrutural", cujos fundamentos teóricos se encontram em pensadores como MARX, GRAMSCI, ADORNO e HABERMAS. Essas vertentes partem de diferentes concepções a respeito da produção do conhecimento e privilegiam, para estudo, níveis diferentes de realidade. Enquanto à primeira vertente importa mais desvendar aspectos subjetivos dos atores sociais (percepções, significados dos fenômenos), à segunda impõe-se a contextualização dos fenômenos e processos subjetivos em quadros sociais mais amplos, na tentativa de superar a descrição destes e apontar suas determinações estruturais. A perspectiva final não é - como parece sugerir a classificação de BOGDAN - relativizar todo conhecimento, reduzindo-o a expressão de si mesmo, mas conhecer para transformar a realidade social.

Assim, é a perspectiva gnosiológica que, em última instância, define um maior privilegiamento do procedimento indutivo, ou a contextualização da significação em marcos sociais mais abrangentes.

Em resumo, a par das polêmicas que suscita, pode-se dizer que a abordagem qualitativa dos fenômenos sociais funda-se sobre dois pressupostos básicos:

a) a realidade vivenciada por atores sociais em contexto humano-social é totalmente diferente da realidade dos fenômenos existentes no domínio das ciências naturais.

b) o processo de investigação não pode pretender esgotar o estudo das relações sociais dentro de uma postura "objetiva" e quantificadora, simplesmente, desprezando os dados da esfera "subjetiva".

No dizer de CECILIA MINAYO, as metodologias da pesquisa qualitativa) são "aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais..." (1989:15) (13).

Para MINAYO, somente a abordagem dialética-marxista abarcaria a dicotomia "quantitativo-qualitativo, macro-micro, interioridade, exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas" (1989:9). Isto se daria em função da possibilidade dessa abordagem englobar analiticamente tanto as relações objetivas que estruturam a vida dos sujeitos sociais quanto as representações vivenciadas por eles nas relações sociais. (14).

A abordagem qualitativa desdobra-se num amplo leque de possibilidades em termos de métodos e técnicas de pesquisa: estudo

---

(13) Na perspectiva de JOEL MARTINS, a fenomenológica, a análise qualitativa é a forma por excelência de trabalho metodológico nas Ciências Humanas, e a **descrição** é a ferramenta básica do processo de pesquisa. Segundo o autor, não existe a possibilidade na pesquisa qualitativa de um planejamento que preveja procedimentos sistemáticos a serem seguidos. Exclui, radicalmente, dessa análise, os procedimentos dedutivos.

(14) Para MINAYO, a perspectiva dialética marxista não compreende "(...) a ação humana independente do significado que lhe é atribuído pelo ator, mas também não se identifica essa ação com a interpretação que o ator social lhe atribui..." (1989:9). Esta citação remete aos termos da polêmica sobre o papel da representação social na constituição/instituição da realidade, discutida no capítulo 2 deste trabalho.

de caso, pesquisa etnográfica, pesquisa participante, história oral e história de vida, análise de conteúdo, análise do discurso. Admite o emprego dos vários tipos de entrevistas (e, eventualmente, questionários) que constituem o acervo da pesquisa social, da observação participante (LAKATOS e MARCONI, 1987; DEMO, 1983; HEGENBERG, 1976).

Na perspectiva da abordagem qualitativa optou-se, para a realização desta pesquisa, por um estudo de caso em um centro municipal de saúde.

O estudo de caso caracteriza-se por ser uma proposta de estudo em profundidade de uma unidade temática que pode ser um indivíduo, uma turma de alfabetização, uma empresa. É considerado uma forma de estudo descritiva, juntamente com a análise documental e os estudos causais comparativos, diferindo, portanto, de outros tipos de estudo: os exploratórios e os experimentais (TRIVINOS, 1987:109-114). Para GOODE e HATT:

"O estudo de caso (...) é um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Expresso diferentemente, é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo" (GOODE e HATT, 1979:422. Grifo dos autores) - (15).

MENGA LUDKE e MARLI ANDRE detalham as características principais do estudo de caso. Para as autoras, eles:

- visam a descoberta;
- enfatizam a interpretação em contexto;
- buscam retratar a realidade de forma completa;

---

(15) Para GOODE e HATT (1979) o estudo de caso não se resume a um método de pesquisa. É considerado uma **abordagem** da realidade social, e não apenas um conjunto de técnicas aplicáveis à pesquisa social.

- usam uma variedade de fontes de informação;
- revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas, isto é, que decorrem do conhecimento experiencial do sujeito em associação aos dados fornecidos pela pesquisa;
- procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social;
- utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível que outros relatórios de pesquisa (1986:18-21).

E concluem:

"A preocupação central ao desenvolver esse tipo de pesquisa é a compreensão de uma instância singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. Desse modo, a questão sobre o caso ser ou não ser "típico", isto é, empiricamente representativo de uma população determinada torna-se inadequada, já que cada caso é tratado como tendo valor intrínseco" (LUDKE e ANDRE, 1986:21).

O Centro Municipal de Saúde da Penha - visto enquanto unidade de análise da pesquisa - serviu para que se pusesse em prática um trabalho de aprofundamento de um tema específico: como é tratado, neste local, a questão do fracasso escolar. Buscamos ver essa unidade de análise como uma totalidade dialeticamente determinada, isto é, que comporta uma tensão entre contradições que convivem com o que está estabelecido, as contradições que permeiam a relação todo/partes:

"a totalidade sem contradições é vazia e inerte, exatamente por que a riqueza do real, isto é, sua contraditoriedade, é escamoteada... A consideração da totalidade sem as contradições leva a colocar a coerência acima da contradição (...) o privilegiamento da contradição revela a qualidade dialética da



totalidade" (CURY, 1985:35).

CURY, (1985) acrescenta que considerar a tensão que se estabelece entre o "todo" e as "partes" de uma totalidade revela o reconhecimento do real como histórico, provisório e não como uma invariância estrutural de um todo abstrato. Lembra também que totalidade "não quer dizer todos os fatos e nem soma de partes" (1985:36). Está para além disso, e só pode ser compreendida num trabalho de desvendamento processual e sempre provisório da realidade.

O estudo de caso, à medida em que enfatiza a interpretação de dados em seu contexto e procura apresentar diferentes e conflitantes pontos de vista presentes em determinada situação, constitui-se num método de pesquisa capaz de revelar, dentro de uma moldura "qualitativa" da questão, as contradições que permeiam as relações sociais e o arranjo sempre provisório da totalidade estudada.

## CAPITULO 3 - A PRATICA DA PESQUISA

### 3.1. O contexto

A pesquisa foi desenvolvida, como já se mencionou, no Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle, na Penha. O centro está localizado no limite deste bairro com o de Olaria; situa-se numa rua de grande movimento, próxima ao leito da Estrada de Ferro Leopoldina, tendo sido construído num ponto extremo da XIa. R.A. (ver Anexo 1). Em função de sua localização e proximidade a uma estação ferroviária, o Centro de Saúde acaba absorvendo a demanda de outras áreas e mesmo municípios, como Duque de Caxias.

O Centro Municipal de Saúde oferece atendimento através dos seguintes serviços: clínica médica, pediatria, ginecologia, neurologia, dermatologia, pneumologia, epidemiologia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia e odontologia. Por contar com um serviço de Neurologia, tornou-se centro de referência desta especialidade na Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) (16). Um dos primeiros centros de saúde do município, foi fundado em 1920. Funciona no prédio da Rua Leopoldina Rego desde 1973.

O prédio que abriga o Centro de Saúde é retangular e possui dois andares. Recuado em relação à rua, é protegido por altas grades de ferro. Por estar situado num nível mais alto do que o

---

(16) A AP 3.1. engloba a Xa, XIa, E XXa. Regiões Administrativas.

da rua, o acesso a ele é feito por uma escadaria. O prédio apresenta espaços laterais que permitem a circulação e o acesso da população a seu interior. Nos fundos, há um estacionamento para carros. A relativa amplidão dos espaços que circundam o prédio, além dos bancos instalados nas suas laterais, permite, não só uma melhor acomodação para as pessoas que aguardam o atendimento e local para as crianças brincarem como, também, uma aproximação entre os que esperam. Esses bancos tornam-se espaço de convivência social onde as mães amamentam seus bebês, observam os filhos maiores correrem e conversam entre si. O ambiente é alegre e as pessoas têm acesso aos serviços de um ambulante que vende café, refrigerantes, bolos e doces industrializados.

No andar térreo, defronte à rua, encontra-se a recepção e o balcão de informações. Neste local registram-se as crianças que são trazidas para vacinação e são distribuídas senhas para consultas. No térreo funcionam também os serviços de pediatria e imunização. Os consultórios possuem duas portas: uma voltada para o pátio e outra para o corredor interno. Observa-se que as portas são mantidas encostadas durante as consultas, o que denota preocupação dos profissionais que fazem o atendimento com a privacidade da clientela. Neste lado do prédio, o esquerdo, funcionam também a farmácia e o almoxarifado.

No lado direito do andar térreo funciona o setor burocrático do Centro de Saúde. Em contraste com o outro lado, é pouco movimentado. Também deste lado as salas apresentam duas portas: uma voltada para o pátio e a outra para o corredor. Ali funcionam o Setor de Pessoal, o Serviço de Assistência Clínica, Nutrição,

Serviço Social, Atendimento à Carteira de Saúde, Fonoaudiologia, Pneumologia e Dermatologia. Ao fundo, encontra-se o Serviço de Epidemiologia.

No segundo andar encontram-se alguns serviços e outros setores da burocracia, além do gabinete do diretor e o auditório. Este é um espaço bastante amplo e confortável, com capacidade para aproximadamente duzentas pessoas. É utilizado com muita frequência para atividades científicas, culturais, assembléia de funcionários e reuniões do movimento popular. Neste pavimento estão localizados a secretaria, o setor de documentação médica, o Centro de Estudos, o atendimento de enfermagem, o laboratório, os setores de Psicologia, Odontologia e Neurologia, a chefia de enfermagem e uma pequena copa. Observa-se a ausência de um local específico para os funcionários se reunirem. Não há uma sala própria para este fim. Observa-se grande integração entre os usuários do centro; o mesmo não se percebe entre os funcionários. As conversas tendem a ser breves e a se efetuarem no corredor. Este é amplo e possui bancos para acomodar os pacientes dos vários serviços. O andar no entanto, é utilizado por um número menor de pessoas, o que lhe dá um aspecto mais calmo. Observa-se que a sala de Psicologia, embora ampla, não é estruturada de forma a manter a privacidade dos pacientes, já que é dividida em dois ambientes apenas por armários. Esta situação é objeto de reclamação por parte dos profissionais que a utilizam.

Em geral, os usuários das instituições mostram confiança e apreço pelos serviços prestados pelo Centro de Saúde e estabelecem boas relações com os profissionais que os atendem (SIQUEIRA, 1992).

Os contatos preliminares foram feitos com o diretor do local, a quem foram expostos os objetivos da pesquisa e de quem recebeu-se autorização para efetivar o trabalho. As mesmas informações foram prestadas à diretora do Centro de Estudos, quando se firmou o compromisso de apresentação e discussão dos resultados obtidos junto à equipe de profissionais.

A participação numa reunião de rotina da equipe multiprofissional do Centro permitiu que fossem estabelecidos contatos com algumas das pessoas que, posteriormente, foram entrevistadas. As pessoas contactadas inicialmente foram o elo de ligação desta pesquisadora com outros profissionais e com o trabalho desenvolvido no Centro, facilitando a tarefa de marcação de entrevistas que, de outra maneira ter-se-ia tornado muito mais difícil.

### **3.2. A coleta de dados**

A coleta de dados para análise organizou-se em duas etapas, a saber: compilação de material escrito sobre as ações do Centro de Saúde; processo de seleção e entrevistas de profissionais da instituição.

Foi feito o levantamento do material relativo às atividades de Saúde Escolar e Educação e Saúde produzido pelas secretarias municipais de Educação e de Saúde, pelos DEC's e pelo Posto XI relacionado à articulação destas instâncias a projetos que, direta ou indiretamente, atuassem sobre a questão do fracasso escolar. Procedeu-se à leitura e análise dos textos; o relato e os comentários desta etapa do trabalho estão expostos no item

### 3.3. da pesquisa.

A seleção dos profissionais a serem entrevistados foi feita a partir de alguns procedimentos iniciais:

a) levantamento de todos os profissionais potencialmente envolvidos com a problemática do fracasso escolar. Foram identificados dezenove profissionais: sete pediatras, um neurologista, um oftalmologista, um otorrinolaringologista, cinco psicólogas, três fonoaudiólogas e uma assistente social;

b) listagem das pessoas que, à época, participavam efetivamente do Projeto Saúde e Educação, desenvolvido pelo Centro (18). Do total de pessoas levantadas inicialmente foram identificadas oito: uma pediatra, o neurologista, a assistente social, duas psicólogas e as três fonoaudiólogas. (19)

Em função de afastamentos temporários (por férias e licenças), incompatibilidade de horários, processo de transferência e recusas, a idéia inicial de entrevistar todos os membros do projeto Saúde/Educação precisou ser modificada. Foram entrevistados oito profissionais: três pertenciam ao Projeto e os demais restantes enquadravam-se na categoria de envolvidos com o tema, por sua atividade no Centro de Saúde. Do total de entrevistados quatro eram pediatras, três, psicólogas, e uma,

---

(18) Final do 1o semestre de 1991 - sobre o Projeto Saúde e Educação ver item 3.2.

(19) Neste período não foi possível incluir o oftalmologista e o otorrinolaringologista, pois haviam pedido transferência recentemente.

fonoaudióloga (20). O trabalho de campo foi efetuado entre junho e agosto de 1991.

Os entrevistados, oito profissionais do sexo feminino e um do sexo masculino, na faixa etária compreendida entre 35 a 45 anos, eram formados, em média há quinze anos, em instituições públicas de nível superior. Apenas uma entrevistada, mais jovem, foge completamente a esses padrões.

A maioria fez cursos de curta e média duração após o período de graduação; um dos entrevistados mencionou um curso de mestrado em Pediatria na Universidade Federal do Rio de Janeiro que não foi concluído. Durante o período das entrevistas, a maioria trabalhava há pelo menos quatro anos no Centro de Saúde. Com uma exceção, todos têm outros vínculos empregatícios, públicos ou particulares.

Como já se disse, o trabalho de campo não se restringiu às entrevistas. A intenção era efetivar uma triangulação na coleta de dados, para "...abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo" (TRIVINOS, 1987:138). A técnica da triangulação prevê, para fins de análise, a articulação de dados de várias procedências. No caso da análise de instituições, como é o caso desta pesquisa, ordens, regulamentos, rotinas internas do serviço, instrumentos legais e

---

(20) O neurologista, que havia concedido uma entrevista sobre o tema "fracasso escolar" em 1987, não considerou necessário retomar a questão em 1991. Pode-se inferir, portanto, que ele considerava não alterados, substancialmente, os pontos de vista já externados. Esta gravação foi tomada como fonte de análise. O entrevistado permitiu a utilização da entrevista na pesquisa. Entretanto, não se utilizou a citação literal de seus pronunciamentos, preservando assim possíveis mudanças de opinião do entrevistado.

dados estatísticos oficiais são considerados materiais pertinentes. Os dados, confrontados com outros mais gerais da estrutura social, ampliam a dimensão explicativa do contexto estudado.

No caso desta pesquisa procurou-se articular os materiais obtidos através do roteiro da entrevista com os profissionais de saúde, documentos internos (foram lidas cerca de 200 páginas) que relatam as iniciativas do Centro Municipal de Saúde no sentido de promover o encaminhamento de soluções a questões relativas ao fracasso escolar; registro de conversas informais; observação da rotina cotidiana do local e a participação em alguns eventos ligados ao tema, como o debate ocorrido no Centro de Estudos da instituição sobre o tema "Fracasso Escolar" (em 28/08/91). Nesta oportunidade foi apresentada uma primeira sistematização dos dados encontrados no Projeto Saúde e Educação a uma platéia constituída basicamente por profissionais da unidade e professores da rede pública de ensino da XI R.A.

### 3.3. O CMS e o fracasso escolar: histórico das iniciativas institucionais

O projeto Saúde e Educação, desenvolvido desde 1991, não pode ser visto como um acontecimento isolado na trajetória do Centro Municipal de Saúde da Penha. Há mais de dez anos a instituição vem participando de uma série de iniciativas em relação à Saúde Escolar. (17)

---

(17) A história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro é longa e não devidamente registrada, o que dificulta enormemente sua utilização para fins de análise. Consultar, a esse respeito, a dissertação de Silva (1991).



A moldura destas atividades é dada por dois acontecimentos que afetaram diretamente a forma de participação dos centros de Saúde no tratamento de questões ligadas ao fracasso escolar:

a) criação pelo município, em 1978, do PROEME - Programa Especial de Medicina Escolar. A iniciativa demonstrava a necessidade de uma resposta institucional à crescente demanda por serviços nesse setor. Seu objetivo era contribuir para a diminuição dos índices de repetência escolar, dentro de uma abordagem médico-assistencial. O programa era composto por pediatras, psiquiatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e psicólogos (RIBEIRO, 1989);

b) mudança de ordem político-ideológica nos quadros da administração pública municipal, quando o governo foi assumido, em 1982, pelo Partido Democrático Trabalhista - PDT - de oposição ao governo federal.

Um documento datado de junho de 1985, **EDUCAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA**, produzido por um grupo de trabalho oriundo das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, procura fazer uma recuperação crítica do debate político-intelectual que se estabeleceu nestes órgãos a partir de 1982.

Segundo o documento, houve nesse período interesse político da Secretaria Municipal de Educação e Cultura no levantamento das experiências desenvolvidas nas áreas de Educação e de Saúde comunitária que haviam se desenvolvido nos últimos vinte anos. Estas funcionavam como alternativas de trabalho com as camadas populares, num esforço de reação às pressões do regime autoritário. A ideia era tomar conhecimento dessas experiências

tendo em vista recolher subsídios que orientassem suas diretrizes de ação.

Essa preocupação desenvolvia-se no âmbito de discussões mais amplas a respeito dos determinantes do processo Saúde/Doença em sociedades capitalistas. Neste contexto, as práticas de educação e saúde refletem mecanismos de persuasão e adaptação aos padrões de comportamento dominantes. Havia, portanto, uma tentativa, por parte desse grupo de trabalho, de compreender sua própria prática a partir de um enquadramento teórico e histórico da questão da dominação. O viés de análise é gramsciano - o Estado burguês não aparece mais como instância de reprodução do sistema, mas como arena onde atores sociais disputam espaço político com interesses diferenciados. Aparece, em consequência, a percepção de que o trabalho na área de Educação e Saúde dever-se-ia pautar por

- uma concepção ampliada do processo Saúde/Doença, encarando-o como resultante de um processo político, social e cultural, e não apenas como ausência de doenças, e

- uma perspectiva de democratização das relações entre Estado e sociedade, promovendo o diálogo entre todos os envolvidos nas questões ligadas à Educação e Saúde, em especial os setores populares. Até então alijada das discussões técnicas, a população passa a ser vista como portadora de um saber que não pode e não deve ser ignorado.

Deste contexto de discussões emerge uma série de projetos na área de Saúde Escolar e Educação e Saúde. A partir de 1983, segundo os dados disponíveis, o Posto XI irá encampar uma série deles, buscando modificar a atuação normalmente desenvolvida nessa área.

A atuação do setor de Saúde Escolar caracterizou-se sempre por sua amplitude: incluía exames físicos dos escolares que entravam para a escola pública e chegavam à 4a série, além de outros exames periódicos; inspeção de saúde daqueles que tivessem contato com os alunos (serventes, merendeiras, professoras) e das condições de funcionamento das escolas públicas e particulares; ação conjunta com o serviço de epidemiologia no caso de surtos epidêmicos; relacionamento constante com os DECs e as escolas. Esse setor, no entanto, devido à grande demanda e falta de recursos humanos e materiais, acabou por reduzir drasticamente sua atuação, limitando-se principalmente à verificação de carteiras de vacinação e exames dos alunos que ingressavam na rede pública.

Já a tarefa do setor de Educação em Saúde era, basicamente, a de divulgação de informações e prescrição de normas e condutas de saúde. Seu funcionamento sempre foi precário em função da ausência de recursos humanos e materiais.

Percebendo a pequena efetividade dos serviços tradicionais de Saúde Escolar e Educação em Saúde, o Posto XI propôs um novo tipo de atuação para essas áreas.

Em 1983, iniciou-se um trabalho preliminar de identificação dos problemas das 52 escolas municipais da XI R.A. a partir de reuniões com diretores e professores de 15 dessas unidades, escolhidas pelo critério de carência da estrutura institucional e da clientela. Partia-se do reconhecimento de que havia uma conjugação de fatores sócio-econômicos, comportamentais e pedagógicos acarretando os inúmeros problemas de saúde dos

escolares, da pediculose à "deficiência de aprendizagem". O objetivo do trabalho era tentar desenvolver um programa descentralizado de saúde nas escolas, baseado na permanente articulação entre estas e o serviço de saúde.

Do ponto de vista metodológico, a idéia desdobrou-se na realização da SEMANA DO ESCOLAR em 15 escolas municipais no ano de 1984. Estas Semanas englobaram várias atividades com professores, alunos e pais de alunos em cada unidade, com o objetivo de debater a melhor forma de entrosamento entre escola e centro municipal de saúde, fazer a avaliação física e psicológica dos alunos, fluoretação de dentes e treinamento de escolares em temas básicos de saúde.

As atividades eram permeadas, portanto, não só com as preocupações habituais da Saúde Escolar, mas com novos objetivos: trabalhar a concepção ampliada de saúde, envolver a comunidade nas ações desenvolvidas, formular novas estratégias pedagógicas para a consecução de seus objetivos; criar um "modelo" de atuação que pudesse servir de base a novas experiências. Cumpre assinalar que os formuladores desta proposta citam como fonte de discussão o trabalho "PRATICAS SIMPLIFICADAS DE SAUDE", produzido para a Baixada Fluminense (s/d).

E interessante ressaltar as conclusões a que chegaram os profissionais de saúde, envolvidos no projeto Semana de Saúde do Escolar, quanto ao exame de 178 alunos repetentes, encontrados em 9 escolas visitadas.

O critério de seleção das 178 crianças foi o de número de repetências na mesma série: dois ou mais, sem consideração de quaisquer outras características (étnicas, etárias ou sócio-

econômicas). Os escolares participaram de uma bateria de exames de clínica geral, otorrinolaringologia, neurologia, testes de acuidade visual e auditiva, e medidas antropométricas. As principais alterações e afecções encontradas foram:

- déficit de acuidade visual - 66 casos (37,5% do total);
- suspeita clínica de verminose - 58 casos (33% do total);
- imaturidade por desnutrição - 10 casos (5,7% do total);
- dislalia - 33 casos (18,6% do total);
- déficit de acuidade auditiva por rolha ceruminosa, como causa provável - 22 casos (12,3% do total).

Observa-se que, no período considerado, os problemas de maior significação estatística encontrados foram os ligados à acuidade visual e a verminoses, que são importantes no contexto da aprendizagem, mas não definitivos no sentido da produção do fracasso escolar. Os problemas neurológicos, tão frequentemente apontados como causa de problemas de aprendizagem, contribuíram com um percentual muito baixo de ocorrências neste quadro. No total, os distúrbios encontrados em exames neurológicos (hemiparesias, estrabismo, imaturidade por desnutrição e epilepsias) somam 12,6% do total de alterações encontradas.

O trabalho realizado em 1984 parece ter sido o ponto alto dessas iniciativas, já que conseguiu congrega uma equipe multidisciplinar e interinstitucional com objetivos renovados de atuação. A mobilização e as atividades desenvolvidas foram objeto de descrição e análise detalhadas no já citado documento EDUCAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA - PERSPECTIVAS DE TRANSFORMAÇÃO, DE 1985.

A partir desta data, o trabalho perde impulso, em função da crônica dificuldade em se conseguir recursos humanos e materiais para desenvolvê-los. Como havia falta até mesmo de locais adequados ao desenvolvimento das atividades do projeto nas escolas, optou-se, durante o ano de 1985, pela continuação do mesmo nas instalações do centro de saúde.

A solução encontrada foi reunir, durante dez dias úteis, fora do horário escolar, 30 alunos de três escolas diferentes para abordar os seguintes temas:

- Conceitos de saúde e doença;
- Saúde oral;
- Acidentes;
- Imunização;
- Educação e Higiene Sexual;
- Desidratação;
- Saneamento básico.

O documento que relata esse trabalho - REFLEXÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA COM ESCOLARES DE 7a E 8a SERIES - PARTE II - AVALIAÇÃO (1986, mimeo) contabiliza a participação no projeto, no ano de 1985, de 150 alunos procedentes de 14 escolas municipais da XI R.A. A avaliação dos organizadores do trabalho foi muito positiva. Ressaltou-se a pertinência dos assuntos abordados e da metodologia utilizada, como propiciadores da grande integração entre escolares e profissionais de saúde; aumento do nível de informação dos alunos e a construção de um processo de reflexão menos imediatista sobre suas condições de vida.

A partir de 1986, os documentos obtidos junto ao Centro Municipal de Saúde visando a reconstituição do trabalho da

instituição (ver anexo 2) no campo da saúde escolar, tornam-se mais escassos e mais específicos. A tarefa de estabelecer a articulação entre os documentos e a filiação destes aos pressupostos que geraram as Semanas de Saúde de 1984 fica dificultada. Os documentos e os depoimentos deixam a impressão de que a falta de recursos e contingências institucionais (como greves, excesso de tarefas a cumprir, grande demanda ao serviço, oscilação do número de profissionais) ditaram o andamento do trabalho mais que o planejamento de atividades.

Apesar dos hiatos, algumas iniciativas foram registradas.

Em 1986, o 22º DEC, então responsável pelas escolas da área, tenta um trabalho integrado entre o seu Setor de Psicologia e o Centro Municipal de Saúde. A idéia era fazer um amplo diagnóstico das dificuldades encontradas pelas professoras desse DEC em relação ao desenvolvimento do trabalho pedagógico. As clássicas limitações - recursos materiais e humanos - levaram a que suas organizadoras restringissem o trabalho às 14 séries de sete escolas. A escolha desta série deveu-se, também, ao fato de que o tema "Alfabetização e Repetência" era prioritário para os professores dessas escolas.

A iniciativa englobou o levantamento de alunos da 1ª série (repetentes ou não); solicitação aos professores, de um relatório sobre os alunos que apresentassem algum tipo de dificuldade de aprendizagem; discussão desses relatórios com os professores; entrevistas com pais de alunos; triagem dos casos passíveis de encaminhamento ao Centro Municipal de Saúde; entrosamento DEC-CMS para o envio e acompanhamento dos casos.

Após uma triagem em 120 alunos relacionados pelos professores, 99 foram selecionados pela equipe de Psicologia do DEC para serem envolvidos no processo avaliativo. O passo seguinte foi a realização de anamnese com os responsáveis. Menos da metade destes compareceu à entrevista. Ao final do processo, encaminhou-se para o Centro de Saúde, apenas 42,4% do total de 99 alunos, sendo distribuídos pelos seguintes serviços:

- Pediatria e Neurologia - 26,26%
- Psicologia - 10,10%
- Fonoaudiologia - 6,06%

Cumprе assinalar que dos encaminhados 28,57% não compareceu ao Centro de Saúde.

O Setor de Psicologia do 22o DEC concluiu que foram encontrados, no universo das 1as séries de 7 escolas públicas, poucos casos de alunos com algum comprometimento. Concluiu também que houve baixo comparecimento destas crianças e seus familiares às entrevistas marcadas pelo setor ou às consultas agendadas pelo Centro de Saúde. Não havia, à época da redação do documento, uma avaliação do trabalho de Psicologia dos profissionais do Posto XI, visto que este ainda se encontrava em fase de desenvolvimento.

O ano de 1987 inicia-se com o trabalho de convocação dos alunos que não haviam comparecido ao centro municipal de saúde durante o desenvolvimento do projeto com o 22o DEC. Cerca de 15 alunos (aproximadamente 50% dos alunos convocados) participaram de uma "mini colônia de férias", cujos objetivos eram os mesmos do trabalho desenvolvido no ano anterior: iniciar atendimento a casos previamente identificados como passíveis de acompanhamento



especializado.

Como, segundo o depoimento de uma psicóloga, a demanda espontânea ao Posto para tratamento de distúrbios de aprendizagem aumentasse constantemente, - em geral eram trazidas crianças de 8 a 15 anos, com maior ênfase em torno daquelas que, aos 10 anos "marcavam passo" na escola - formula-se a proposta de organização de grupos de recepção aos que ali chegam. A idéia era calcada na experiência com este tipo de grupo que vinha sendo desenvolvida no Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro.

Os grupos de recepção atendiam separadamente os membros da família. Enquanto as crianças eram observadas em brincadeiras e atividades de desenho, os familiares participavam de um grupo de discussão onde eram debatidos assuntos de interesse do grupo, como o problema da falta de espaço para o lazer infantil. Outra possibilidade de trabalho era propor ao grupo um tema para reflexão - dados relativos à evasão e repetência escolares, por exemplo. Ao fim de cada encontro decidia-se sobre a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a família de algumas crianças e a pertinência ou não de colocá-la em algum grupo terapêutico e/ou outro serviço no centro de saúde.

Algumas pessoas (em geral, as mães) participavam destes grupos de familiares apenas uma vez, embora tivessem a opção de "volta livre", isto é, a possibilidade de retornarem quando sentissem vontade e/ou necessidade.

Nesse primeiro encontro verificava-se que alguns alunos não necessitavam qualquer atendimento; outros, novas entrevistas; alguns eram avaliados como indicados para apoio psicoterápico,

sendo encaminhados a grupos organizados por tipo de problema ou queixa e faixa etária. Assim, criaram-se grupos de crianças:

- com história de morte do pai ou da mãe na família;
- com história de abandono pelo pai ou mãe que estivesse interferindo no processo de aprendizagem naquele momento;
- com dificuldades de aprendizagem, grupo onde foram incluídos crianças com "queixas variadas".

A avaliação que se fez, na época, deste trabalho é que

"Trabalhar em grupo com criança sem ter um trabalho paralelo com os pais, traz muito pouco resultado. Quando se trabalha com os pais o resultado é um pouco melhor" (entrevista n.08).

No segundo semestre de 1987 desenvolve-se também um trabalho educativo com enfoque preventivo em uma escola da rede municipal. A oportunidade de desenvolver essa atividade surgiu em função da existência de um horário de atendimento a ser preenchido por alguns profissionais que optaram, então, por desenvolver um projeto com escolares da Escola Municipal Cruzada São Sebastião. A atividade constava de palestras ou "bate-papos" sobre temas escolhidos em comum acordo com a direção da escola. Participaram crianças de 9 a 14 anos, que frequentavam a 3a e 4a séries do primeiro grau. Inicialmente a turma era composta de 20 alunos que, com o decorrer do projeto, estabilizou-se num número menor: cerca de 12.

Os itens trabalhados por meio de palestras e alguns recursos áudio-visuais foram:

- conceitos de saúde e doença;
- noções básicas de higiene;
- imunizações importantes;

- uso adequado de medicações;
- prevenção de acidentes e intoxicações;
- saúde oral;
- alimentação;
- educação e higiene sexual;
- visão e audição;
- problemas respiratórios.

Os objetivos do trabalho eram proporcionar maior integração entre Centro Municipal de Saúde, comunidade e escola; conhecer melhor a realidade da população atendida e encaminhar problemas detectados aos canais competentes.

A avaliação feita pelos integrantes do grupo de trabalho reconheceu uma série de obstáculos ao desenvolvimento das atividades oriundos tanto da escola (precariedade das instalações, falta de entrosamento do grupo com o pessoal administrativo) quanto do próprio grupo (desconhecimento da realidade local, trabalho pedagógico pouco adequado aos alunos). Concluiu-se, no entanto, que apesar dos problemas encontrados para a efetuação do trabalho, sua relevância - reconhecida por todos nele envolvidos - recomendava sua continuação.

Em 1988 houve a tentativa, por parte do Centro de Saúde, de enfrentar as questões relativas ao fracasso escolar sob nova perspectiva.

O pressuposto do trabalho então iniciado era que o fracasso escolar devia ser visto como um problema social, e não como um problema individual. Assim, sua solução estaria afeta não apenas aos técnicos da área da Educação e da Saúde, mas a todos os

cidadãos.

O ponto de partida do projeto foi a escolha de cinco escolas situadas nas áreas de Vigário Geral e Parada de Lucas, as mais pobres da região. Procurou-se estabelecer nestes locais um processo de "sensibilização" de instituições ali existentes em relação ao fracasso escolar. A idéia era promover debates conjuntos entre técnicos, pais de alunos, associações de moradores e grupos religiosos (igrejas, centros espíritas) tendo em vista analisar e encaminhar ações relativas à superação dos problemas escolares das crianças dessas áreas. A sensibilização, entretanto, não foi conseguida. Responderam à solicitação dos profissionais do Centro de Saúde apenas os interlocutores habituais: os pais e os professores, com demanda por atendimento médico, psicológico e fonoaudiológico.

A proposta de trabalho empreendida em 1988 somou-se às tarefas que já vinham sendo desenvolvidas pelo setor de Psicologia no campo do fracasso escolar. Pelo que se pode depreender dos depoimentos, o trabalho, desde essa época, tem mantido uma estrutura básica, com algumas alterações. O Projeto Saúde e Educação integrou-se às atividades existentes.

Até o período considerado por este trabalho (julho 1991), mantinha-se a estrutura dos grupos de recepção e atendimento. Após um primeiro contato das crianças e suas famílias com as psicólogas, decidia-se se as primeiras necessitavam ou não de tratamento. Em alguns casos a família era novamente convocada para que se pudesse precisar melhor o diagnóstico e a necessidade de encaminhar o paciente a um grupo terapêutico.

Além dos grupos existentes - de crianças com história de

abandono ou morte de membros da família, cujo comportamento escolar estivesse sendo afetado por essas circunstâncias - criou-se um específico para tratamento de adolescentes e ampliou-se o trabalho de reunião com os adultos. O grupo de crianças com problemas de aprendizagem transformou-se num grupo de Estimulação, orientado por uma psicóloga e uma fonoaudióloga. Devido a grande procura de atendimento pelo setor de Psicologia, este se viu obrigado a restringir o acesso aos grupos de recepção, reduzindo os dois inicialmente existentes a apenas um. Com a restrição, tentou-se preservar a qualidade do serviço prestado aqueles que já estavam sendo atendidos, abrindo-se exceção apenas para os casos de urgência.

Com essas reformulações, o atendimento, em julho de 1991, estava estruturado da seguinte forma:

- grupo de recepção e agendamento;
- grupo de adolescentes;
- grupo de pré-adolescentes;
- grupo de mulheres;
- grupo de responsáveis:
  - .por crianças menores de seis (06) anos
  - .por crianças maiores de seis (06) anos
- grupos de estimulação (02).

Observe-se que, segundo depoimentos, os grupos de mulheres e de responsáveis não foram considerados grupos terapêuticos, mas de reflexão. Os que reuniam adolescentes e pré-adolescentes não necessariamente tratavam de questões relacionadas ao fracasso escolar. Além deste tipo de atendimento cumpre destacar que neste

serviço havia também o individual, tratando de casos de pacientes com hanseníase e tuberculose.

O Projeto Saúde e Educação foi criado, como já se mencionou, em 1991. Congregou profissionais do Centro de Saúde com diversas formações (pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, assistente social, neurologista). Seu objetivo era investigar até que ponto causas orgânicas influenciam o processo de aprendizagem infantil.

Uma das psicólogas justificou a nova iniciativa do Centro de Saúde mencionando a necessidade "(...) de assumir os 'nós' do diagnóstico. Acho que devolvemos a bola para a Educação porque não soubemos dar diagnóstico" (entrevista No.08).

Parcialmente, ao menos, a opinião da entrevistada é fruto do trabalho por ela realizado com professores de C.A. (classe de alfabetização) à 4a série do primeiro grau de escolas situadas na área de abrangência do Centro de Saúde da Penha, investigando as representações destes sobre possíveis problemas psicológicos e neurológicos de seus alunos. Nesta pesquisa a autora concluiu que sintomas apresentados pelos professores como dificultadores do processo de aprendizagem são similares aos apontados por trabalhos de especialistas nas áreas de Medicina e Psicologia. A questão ficaria por conta da dificuldade dos professores, na classificar os sintomas.

As comparações com a literatura especializada, apesar da escassez de dados estatísticos, permite pensar que não há exagero na proporção de crianças indicadas pelos professores como necessitando de atenção psicológica ou neurológica nas salas de aula.

A questão é que a percepção dos professores é falha no que tange a aspectos que podem ser indicio de problemas neurológicos e psicológicos, mas que, por não provocarem alterações em sala de aula passam, mais

comumente, desapercibidos (RIBEIRO, 1989:46-47).

A conclusão da psicóloga expõe pelo menos um dos problemas que preocupam os profissionais que atuam no Projeto Saúde e Educação: refinar a análise sobre a gênese de certos quadros clínicos. Aparece a necessidade de demarcar bem a diferença entre distúrbios neurológicos e psicológicos.

Em agosto de 1991, durante um debate no CMS, foram apresentados algumas tabulações preliminares dos dados obtidos pelo Projeto (ANEXO 3).

Duas tabelas apresentavam características de identificação de 69 alunos da 1ª série de seis escolas municipais da XIª R.A. e seus pais.

A primeira tabela caracterizava os pacientes quanto a:

- idade
- sexo
- cor
- religião
- número de irmãos
- condições de parto
- período de amamentação
- grau de parentesco com as pessoas de convívio doméstico (mãe, pai, pais, avós, mãe + padrasto; pai + madrasta, adoção por casal ou mulher)

A tabela de identificação dos pais de alunos caracterizava-os quanto a:

- idade
- escolaridade

- naturalidade
- atividade fora do lar (no caso das mães)

A tabela de avaliação pediátrica de 48 alunos repetentes de 1ª série das escolas do Projeto fazia o levantamento dos seguintes itens relativos às crianças:

- tipo de gravidez da mãe (desejada ou não);
- número de casos de baixo peso ao nascer;
- episódios de internação hospitalar;
- episódios de convulsão;
- antecedentes familiares de episódios convulsivos;
- antecedentes psiquiátricos na família;
- existência de outros irmãos com dificuldades de aprendizagem;
- alteração da audição;
- alteração da visão;
- encaminhamentos (para os serviços de oftalmologia, otorrinolaringologia e neurologia).

Na ocasião do debate foi apresentada também uma tabela denominada "Hipótese de diagnóstico psicológico de 69 alunos repetentes da 1ª série de 6 escolas municipais da XIª R.A. - CMS XIª R.A.) que descrevia os mecanismos de defesa observados nestas crianças:

- (1) esquizóide;
- (2) maniaco;
- (3) controle obsessivo;
- (4) adaptativo;
- tipos mistos: (1-3); (2-3); (2-4); (1-4); (3-4);
- mecanismos ignorados.



A leitura dos documentos que relatam os projetos e atividades do Centro de Saúde no campo da Saúde Escolar e da Educação e Saúde foi orientada pela perspectiva de aclarar o papel que esta instituição e as que lhe fazem interface atribuíam ao "setor saúde" na solução da questão do fracasso escolar. Ela permitiu algumas constatações acerca das iniciativas e das concepções que orientaram o trabalho da instituição neste campo.

A primeira constatação é a da articulação dos setores de Saúde Escolar e Educação e Saúde no enfrentamento das condições gerais que favorecem o agravamento da situação social e escolar do alundado das escolas públicas. A discussão dos determinantes do processo Saúde/Doença orientou a tentativa de dar conteúdo crítico tanto às práticas normativas da área de Educação e Saúde quanto às práticas "antropométricas" da Saúde Escolar. A idéia subjacente a esta articulação é colocar o fracasso escolar dentro do marco mais amplo da "questão social". O que não impede a segunda constatação: a convivência de parâmetros analíticos distintos para o problema. A questão é social mas também é médica, donde as sucessivas propostas de diagnósticos médicos dos alunos com problemas de aprendizagem.

A terceira constatação é a da recorrência diagnóstica em relação às causas do fracasso escolar. Dos projetos levados a efeito pelo Centro Municipal de Saúde, no período 1983-1991, três propuseram-se a fazer o levantamento de causas físicas e psíquicas do fracasso escolar. Assim, as Semanas de Saúde Escolar, realizadas em 1984 promoveram, entre outras atividades, um "Estudo de Saúde Escolar em repetentes", submetendo 178 alunos

a uma bateria de exames e testes. Os resultados, já mencionados, não indicaram frequência importante de problemas físicos relevantes, que justificassem as médias de evasão e repetência encontradas.

Em 1986, o projeto desenvolvido pelo setor de Psicologia do 22o DEC em articulação com o Centro de Saúde da Penha propôs-se a fazer (mais um) "diagnóstico da realidade local" e fornecer subsídios para o equacionamento de questões relativas ao tema "Alfabetização e Repetência". Para tanto promoveu o levantamento e triagem de 99 alunos de primeiras séries para atendimento e tratamento no Posto XI. A conclusão, já descrita no início deste item, foi a de que encontrou-se "baixo número de alunos com algum tipo de comprometimento".

Em 1991, o Projeto Saúde e Educação propunha-se a, mais uma vez, tentar estabelecer a existência, ou não, de relações entre comprometimento físico/psíquico da criança e seu rendimento escolar. Os resultados preliminares do Projeto sugerem o viés que existe por trás de toda medida ou indicador: a concepção das causas do problema estudado. Observa-se nas quatro tabelas descritas a preocupação com a sanidade e a ocupação dos membros da família; com quem convive a criança; seus mecanismos de defesa frente a problemática do fracasso escolar. Se, de um lado, não se pode perder de vista que estas são tabulações preliminares que necessitam ser analisadas em sua versão final e no contexto das outras informações produzidas pelo Projeto, por outro, o direcionamento das preocupações é sugestivo da atribuição de uma importância excessiva atribuída aos "fatores familiares" causadores do fracasso escolar. Exemplos: grau de parentesco com

as pessoas de convívio doméstico; atividade da mãe fora do lar; gravidez desejada ou indesejada da mãe; antecedentes psiquiátricos e de alcoolismo na família. Na perspectiva de uma análise triangulada dos dados, as observações sugeridas por essas tabelas coadunam-se e dão consistência ao exame das falas dos entrevistados, apresentadas no capítulo 4.

A necessidade dos profissionais do Centro Municipal de Saúde de rever constantemente, questões que já têm sido examinadas pelo serviço sugere algumas hipóteses explicativas, ligadas:

- ao impacto negativo que exercem as greves, a descontinuidade dos planos elaborados a nível central, e o constante remanejamento dos profissionais sobre a instituição. A pressão de fatores externos ao Centro de Saúde impede que se solidifique uma linha de atuação baseada em acúmulo coletivo de conhecimento sobre as causas do fracasso escolar. A rotatividade dos profissionais parece contribuir decisivamente para que não se consiga, individualmente, superar as limitações que a unilateralidade dos saberes técnicos impõem à compreensão do tema. Em consequência torna-se difícil romper com um ciclo de explicações "médicas" para o fracasso escolar;

- à possibilidade de que fatores exteriores ao conhecimento técnico influenciem essa recorrência diagnóstica. Refere-se aqui a fatores ideológicos ligados a uma concepção patologizadora dos pobres e da pobreza, condicionando os critérios de investigação e avaliação dos profissionais de saúde sobre o fracasso escolar.

### 3.4. Representações Sociais: considerações metodológicas

A idéia de Representação Social constitui-se num viés de apreensão da realidade que reconhece o papel dos indivíduos e dos grupos no processo de produção de conhecimento da realidade, colocando-os numa relação de articulação e interdependência com os processos caracteristicamente sociais dessa produção. Procura dar uma resposta relativizadora ao eterno debate na área das Ciências Sociais acerca das relações existentes entre a estrutura social e atores sociais e à subordinação de um destes elementos ao outro.

Como já foi lembrado, DURKHEIM sublinhava a gênese coletiva da ação dos indivíduos e grupos constrangendo-a ao imperativo social de maneira determinística.

"Um fenômeno não pode ser coletivo se não for comum a todos os membros da sociedade, ou pelo menos, à maior parte deles. Sem dúvida, mas ele é geral por ser coletivo (quer dizer, mais ou menos obrigatório), e nunca coletivo por ser geral. E um estado do grupo que se repete nos indivíduos porque se impõe a eles; está em cada parte porque está no todo, não está no todo por estar nas partes" (DURKHEIM, 1973:392-399).

O trabalho de MOSCOVICI, que procurava delinear uma alternativa teórica à tradição behaviorista que dominava a Psicologia Social, não procurou negar a gênese social dos sujeitos mas, antes "... reintroduzir, num domínio que tendia ignorá-la, esta dimensão social no sentido pleno" (HERZLICH, 1991:24). Essa dimensão implicaria substituir a visão de determinação social no sentido durkheimiano pela visão da Representação Social enquanto campo de expressão de um pensamento simultaneamente constituído e constituinte (ou estruturado e

estruturante) da realidade.

As Representações Sociais constituem-se em estruturas socialmente construídas de interpretação dos acontecimentos. A realidade cotidiana do indivíduo (família, trabalho, partido político) vai ser compreendida por ele dentro de marcos sugeridos por sua inserção na sociedade. Além de serem estruturadas por um universo linguístico e simbólico pré-existente, materializam uma atividade estruturante do real à medida em que conferem um sentido particular à experiência vivida.

Enquanto recurso analítico, a idéia de Representação Social estrutura-se a partir de dois processos concomitantes, que ocorrem frente a um objeto de conhecimento qualquer e que MOSCOVICI discrimina: a **objetivação** e a **ancoragem** (ou "amarração").

O processo de **objetivação** permite que o saber científico seja apropriado pelo senso comum. A Representação Social é construída sobre a articulação que se estabelece entre o conceito e a sua imagem. Assim, o processo de objetivação caracteriza-se pela "colocação em imagens de noções abstratas, dá textura material às idéias, faz corresponder coisas às palavras, dá corpo a esquemas conceituais" (JODELET, 1984:16). Objetivar é o processo de concretizar o abstrato, se possível dando-lhe, o que frequentemente ocorre, consistência material. Um exemplo é a utilização, pelo senso comum, da noção de peso para interpretar o conceito de massa da Física. Por esse mesmo mecanismo o complexo de Edipo torna-se um signo quase visível, atributo que se "cola" à pessoa.

A tarefa de objetivar um conhecimento implica uma série de operações mentais que o sujeito deve levar a cabo. Ampliando as considerações de MOSCOVICI, JODELET enumera as seguintes fases:

a) **seleção e descontextualização** dos elementos do objeto (conceito), em função de critérios culturais e normativos de cada um;

b) **formação de um núcleo figurativo** sobre o conceito. Essa operação materializa propriamente o que é abstrato. Assim, por exemplo, o inconsciente humano é percebido como algo oculto e invisível, em oposição ao consciente, identificado ao aparente, à vontade;

c) **naturalização** - funciona como um coroamento dos processos anteriores. A representação ganha concretude e autonomia e sofre um processo de difusão. A construção social aparece, então, como o "real".

O processo de **ancoragem** remete à inserção da representação num pensamento constituído.

JODELET (1984) distingue, simultaneamente, na ancoragem:

a) um processo de **atribuição de sentido** a um objeto, sentido este calcado nos valores culturais de cada grupo;

b) um processo de **instrumentalização do saber**, isto é, que orienta a leitura do mundo e a ação sobre ele;

c) um processo de **enraizamento da Representação Social** no sistema de pensamento, ou seja, exprime a integração de um conhecimento ao sistema de pensamento constituído.

Segundo a autora, o mecanismo de ancoragem permite, numa relação dialética com o mecanismo de objetivação, articular as três funções da representação: a integração da novidade (função

cognitiva), a interpretação da realidade (função interpretativa) e a orientação das condutas e das relações sociais (função orientadora).

As classes, culturas ou grupos sociais constituem universos de representação próprios, estruturados em três dimensões: o da informação, o da representação e o da atitude (MOSCOVICI, 1978:68-75).

Assim, a **informação** é a dimensão da Representação Social que abarca o conhecimento objetivo de um grupo acerca de um objeto. No caso do trabalho de MOSCOVICI sobre a Psicanálise, o grau de informação foi avaliado com base em perguntas objetivas, do tipo: "[você] pode situar no tempo o aparecimento da Psicanálise?" ou ainda "Em que situação acha que a Psicanálise seria empregada?" (MOSCOVICI, 1978:68).

A dimensão "**campo de representação**" diz respeito a um conjunto de elementos hierarquizados de afirmações, juízos, tipologias que tentam explicar aspectos do objeto da representação. Analisando as respostas do subgrupo "classes médias", o autor identifica os eixos em torno dos quais gravita a representação da Psicanálise para esses grupos: as imagens do analista e do analisado; a ação da psicanálise, a prática de que ela mais se aproxima (MOSCOVICI, 1978:69-70).

A dimensão "**atitude**" cumpre a função de destacar a orientação global em relação ao objeto da representação social (MOSCOVICI, 1978:70).

Utilizou-se o conceito de Representação Social como baliza metodológica da pesquisa devido a possibilidade que ela oferece

para a análise da significação de certos temas que, em última instância, informam a conduta do grupo pesquisado. Como já foi dito, um dos interesses do trabalho era confrontar a percepção do profissional de saúde sobre as causas do fracasso escolar e sua atuação institucional. Era necessário, portanto, considerar os profissionais de saúde como um grupo que estrutura suas representações a partir das três dimensões do seu universo: a informação, o campo da representação e a atitude, tentando a a partir daí indentificá-las.

Como a Representação Social é muito mais um fio condutor da pesquisa do que um conhecimento metodológico que indique detalhadamente os passos a serem seguidos no tratamento do material discursivo, a Análise de Conteúdo tem-se constituído no recurso mais frequente utilizado na tarefa de interpretação de dados.

A Análise de Conteúdo é composta por um conjunto de práticas cujo objetivo mais geral é por em relevo o significado dos conteúdos manifestos ou latentes encontrados em mensagem de natureza diversa como discursos políticos, artigos de jornais e revistas, propaganda, literatura científica, artística e religiosa:

"Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociais (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem" (MINAYO, 1992:203).



As várias práticas permitem procedimentos descritivos, classificatórios e inferenciais, geralmente apoiadas em técnicas quantificadoras - como a análise de frequências e a utilização de escalas - para expor e analisar mensagens. BARDIN (1979) enumera cinco tipos de técnicas: Análise Categorical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise de Discurso e Análise de Avaliação (21), adaptadas a objetivos diferenciados. Assim, a Análise de Avaliação destina-se a "medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que ele fala" (BARDIN, 1979:155). Se a Análise de Avaliação está referida a um tipo de investigação específica (relativa a atitudes), a Análise de Relações caracteriza-se por abranger as relações que os elementos do texto mantêm entre si (BARDIN, 1979:197).

No que interessa a esse trabalho, importa ressaltar a polêmica que se desenvolveu, especialmente a partir dos anos sessenta, sobre a validade dos procedimentos de quantificação da Análise de Conteúdo.

Sintetizando a discussão, BARDIN afirma que:

"A abordagem quantitativa funda-se na frequência de aparição de certos elementos da mensagem. A abordagem não quantitativa recorre a indicadores não frequenciais suscetíveis de permitir influências, por exemplo, a **presença** (ou **ausência**) pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero que a frequência da aparição". (BARDIN, 1979:114. Os grifos são da autora).

---

(21) Embora Bardin caracterize a Análise de Discurso como uma modalidade de Análise de conteúdo, seus criadores a concebem como um campo diferenciado de conhecimento, teoricamente estabelecido e metodologicamente organizado, capaz de superar a Análise de Conteúdo em sua tarefa de interpretação de dados. Consultar a esse respeito o trabalho de MINAYO (1992:199) e ORLANDI (1987).

Admite-se hoje que:

- a característica central da Análise de Conteúdo é a inferência (indução), quer esta seja baseada ou não em procedimentos quantitativos; em outras palavras, os procedimentos quantitativos não são obrigatórios;

- os procedimentos quantitativos e qualitativos são aplicáveis a situações diferenciadas, com objetivos específicos;

- a análise qualitativa não rejeita, necessariamente, formas de quantificação (BARDIN, 1979:114-116);

A análise das entrevistas e dos documentos referentes ao trabalho do Centro Municipal de Saúde foi direcionada pelas possibilidades interpretativas da Análise de Conteúdo. Neste contexto, optou-se por realizar uma análise temática dos materiais obtidos.

A análise temática é um tipo de análise categorial. É uma atividade de caráter taxionômico; consiste num processo de classificação dos elementos do discurso em temas ou rubricas, e posterior reagrupamento destes em categoriais de análise mais abrangentes. Um quadro apresentado por BARDIN, (1979:121) ilustra esse processo: temas como alimentação, sexo, repouso, saúde, segurança e conforto puderam, em um determinado contexto de pesquisa, ser reagrupados sob a categoria de análise "Valores Fisiológicos".

Do ponto de vista operacional, ~~A organização~~<sup>W</sup> da Análise de Conteúdo implica três momentos ou fases:

- .pré-análise - fase de primeira organização do material disponível. Neste momento procede-se uma leitura exaustiva do material (leitura vertical) com o objetivo de delimitar o

"corpus" a ser analisado; "recortar" as unidades mínimas de significação - no caso desta pesquisa, os temas - a ~~serem~~ explorados; construir/reconstruir hipóteses de análise sobre o "corpus";

.exploração do material - corresponde à aplicação, sobre o "corpus", de um elenco de técnicas (em geral operações de codificação) visando ordenar o material segundo critérios pré-definidos.

.tratamento dos resultados obtidos e interpretação - pode englobar tanto operações estatísticas (percentagens, análise fatorial) como procedimentos inferenciais. O objetivo final da fase de interpretação é transformar dados "brutos" em dados "significativos" (BARDIN, 1979:95-102). Na presente pesquisa, optou-se por desenvolver uma análise baseada em procedimentos inferenciais.

Os temas destacados para análise, neste trabalho, emergiram de um duplo processo de categorização do material empírico. Eles revelam, por um lado, as representações sociais acerca do fracasso escolar, investigadas a partir do roteiro de entrevistas. Por outro, revelam as representações sobre o tema fracasso escolar pela constância com que apareceram nas falas dos entrevistados, sem que perguntas lhes fossem formuladas.

## 4 - A ANALISE DAS ENTREVISTAS

### 4.1. Introdução

Neste capítulo são analisados os dados obtidos através das entrevistas. Trata-se confrontar essa variedades de dados com referências conceituais e teóricas sugeridas pela natureza do estudo. O que explicita claramente a característica básica da análise: seu caráter indutivo. O ponto de partida não é, portanto, um quadro teórico fechado que se aplica mecanicamente aos "fatos", tentando comprová-los ou refutá-los. A reflexão teórica inicial que permitiu a construção do problema de pesquisa foi-se ampliando no decorrer do trabalho; a análise constitui-se primordialmente num movimento de constante ir e vir entre referenciais explicativos e dados empíricos, procurando apreender sua significação no contexto que o definiu.

Os dados obtidos no trabalho de campo partiram de uma prévia caracterização do fenômeno fracasso escolar junto aos entrevistados: os elevados índices de evasão e repetência e mau desempenho escolar do alunado da rede pública de ensino. A partir dessa caracterização, foram explicitados fatores que os entrevistados consideravam determinantes na explicação do quadro:

- o escolar;
- a família do escolar;
- a escola;

- a sociedade/autoridades governamentais.

Finalmente, apontaram que papéis a família, a escola, o centro de saúde e as instâncias de decisão governamentais deveriam desempenhar para modificar essa situação.

#### 4.2. O universo do escolar

O Centro Municipal de Saúde da Penha atende a escolares com problemas de aprendizagem que chegam ao local encaminhados pela escola, trazidos espontaneamente pelos familiares, preocupados com seu rendimento escolar (a demanda espontânea) ou, ainda, encaminhados diretamente, a partir de 1991, ao projeto Saúde e Educação, quando oriundas das escolas selecionadas para participar do projeto.

Observa-se pelos depoimentos que o maior contingente de crianças (22) que chega ao Centro de Saúde com queixas relacionadas ao fracasso escolar, são encaminhadas por professores. Via de regra, os profissionais da instituição recebem o aluno acompanhado de um bilhete onde pode constar, ou não, o timbre da unidade escolar e as razões do encaminhamento feito pelo professor. São os que vêm "com papel". É interessante destacar que nesses encaminhamentos muitas vezes encontra-se um diagnóstico feito previamente pelas escolas, já que estas frequentemente enviam crianças diretamente a setores específicos da instituição, como os de Psicologia ou Neurologia.

---

(22) Não há dados precisos, mas estima-se que menos de 50% do total de crianças atendidas no CMS sejam escolares.

As enviadas ao Setor de Psicologia - "são sempre aquelas crianças que atrapalham o andamento da aula. São aquelas crianças que batem, que brigam, que arranjam encrenca na escola". O restante (referência aos "apáticos") "vêm para o médico, para a pediatria, porque acham que é anemia, que é verme, que é alguma outra coisa" (entrevista n.03).

As queixas que mais frequentemente os profissionais de saúde recebem da família e a da escola sobre esse grupo de crianças são: impossibilidade de aprender, conceito baixo, agressividade, inquietude, agitação, apatia, distúrbio do sono (sonambulismo), enurese noturna. Em outras palavras: problemas ou distúrbios de aprendizagem e comportamento.

Quando solicitados a analisar as razões dos problemas de seus pacientes, estes profissionais apontam uma variada gama de fatores ou causas: das pessoais às sociais, passando pelas familiares e culturais.

#### 4.3. Privação Cultural e desempenho escolar

Uma observação marcante na fala dos entrevistados sobre a clientela atendida diz respeito à suas precárias condições materiais, culturais e sociais de existência, continuamente ressaltadas. Elas podem ser resumidas na expressão "falta de": falta de condições salubres de habitação, de alimentação, de higiene, de cuidados maternos, de saúde, de lares saudáveis e estáveis, de ambientes favoráveis ao seu desenvolvimento, de infância, de ter com que se ocupar.

Parte das crianças enviadas pelas escolas ao Projeto Saúde e Educação são descritas como sendo extremamente pobres. Muitas

delas não têm registro de nascimento até oito ou nove anos de idade e vão à escola por insistência das diretoras. "Vivem de doação, levam o restante da merenda para casa" (entrevista n.03).

"... então... tem criança que você percebe que vai conseguir alguma coisa, mas tem crianças que está gritante a carência afetiva, a privação, a privação quase de todos os aspectos, não só a afetiva, mas a privação alimentar, do espaço (...) essas crianças geralmente são ociosas, né, elas vão para a escola, o que a gente também escuta é isso, elas vão para a escola quando elas voltam, geralmente a irmã mais velha toma conta - ou então elas ficam sozinhas mesmo - o mais velho tem seis, sete anos, eles ficam o dia todo sozinhos porque a mãe trabalha, é faxineira, sei lá, ou seja lá o que for, eles ficam largados, no meio da rua, no meio da favela, ou dentro de casa - presos - mas numa ociosidade gritante, coitados" (entrevista n01).

"Não adianta, falta uma coisa antes. E preciso brincar. Ela (a criança) não sabe o que é o corpo, onde é as costas do caderno, 'em cima', 'embaixo', 'de barriga'. Essa criança não teve infância, não brincou, se os pais não puderam dizer isso a ela, a escola tem que dizer (...). A escola não tem esse papel mas se a família não deu, alguém tem que dar" (entrevista n.03).

Temos aí o que nos parece ser uma variante, no campo da saúde, da explicação do fracasso escolar pela concepção de "privação cultural" no âmbito da Educação.

MAGDA SOARES apresenta e discute a explicação da "deficiência", da "carência" ou "privação cultural". Na área da Educação as noções de privação cultural faz com que se apresente

as desigualdades sociais como responsáveis pelo mau desempenho escolar das camadas mais pobres da sociedade.

"Segunda essa concepção, as condições de vida que gozam as classes dominantes e, em consequência as formas de socialização da criança no contexto dessas condições permitem o desenvolvimento, desde a primeira infância, de características - hábitos, atitudes, conhecimentos, habilidades, interesses - que lhes dão a possibilidade de ter sucesso na escola. Ao contrário, as condições de vida das classes dominadas e as formas de socialização da criança no contexto dessas condições não favoreceriam o desenvolvimento dessas características e, assim, seriam responsáveis pelas dificuldades de aprendizagem dos alunos delas provenientes." (SOARES, 1986:13).

A autora ressalta ainda outros pontos importantes nessa explicação:

a) parte-se, nesse caso, do pressuposto da superioridade cultural de alguns segmentos sociais sobre outros;

b) não se criticam os determinantes estruturais da desigualdade social que ocasionaria essa "superioridade";

c) o problema estaria, em consequência, centrado nos déficits sócio-culturais do indivíduo, no caso, do aluno;

d) nessa perspectiva, ser "diferente" equivale a ser "inferior";

e) a resposta ao problema da "carência cultural" afigura-se como tentativa de oferecer às crianças das camadas populares uma educação que compensasse as deficiências culturais e sociais adquiridas em ambiente sócio-familiar desfavorável; é a chamada "educação compensatória", de caráter nitidamente preventivo". (SOARES, 1986:12-31).

Isto é, à uma questão social formula-se uma resposta que atinha o indivíduo e não a sociedade.



Como frisa a autora:

"... parece estranha uma lógica que, ao partir do pressuposto de que a causa do fracasso está nas características do contexto social da criança, conclua pela não transformação desse contexto, mas pela "compensação" de seus efeitos sobre elas" (SOARES, 1986:31).

A ideologia da deficiência cultural ou privação cultural surgiu nos EUA na década de 60, no bojo de disputas pela igualdade de direitos sociais pelas minorias étnicas. Segundo SOARES, o pano de fundo dessa disputa, as desigualdades econômicas e sociais originadas na estrutura de produção capitalista vigentes no país, jamais foram questionadas quando, na área da Educação, iniciou-se o enfrentamento da questão. A Psicologia foi a disciplina que, através da utilização de testes, observações e entrevistas com crianças pobres e marginalizadas, mais contribuiu na fabricação de um perfil patologizado dos segmentos sociais mais desprivilegiados (SOARES, 1986:18-20).

"Surgiu assim, uma verdadeira 'teoria da deficiência cultural' e uma 'psicologia da pobreza' que 'patologizaram' a pobreza, isto é, responsabilizaram-na por gerar 'doenças', 'defeitos', 'deficiências' (SOARES, 1986:19).

É importante levantar aqui um aspecto da questão que corre paralelo ao tema "criança repetente" e que se relaciona com as representações sociais que os profissionais de saúde elaboram sobre ela. A ideologia da privação cultural chegou ao Brasil em meados da década de 70, período em que a maioria dos entrevistados estava concluindo a sua formação acadêmica. Levantamos a hipótese de que a ideologia da privação cultural possa ter exercido considerável influência sobre eles, à medida

em que era a base da análise "oficial", na época, sobre os problemas de aprendizagem.

1 A época da difusão de noções de privação cultural, coexistiu (e, ainda, coexiste) um outro tipo de enfoque. Trata-se daquele em que os problemas de aprendizagem escolar dos alunos são compreendidos à luz das deficiências de base orgânica, como o retardo mental ou os "distúrbios de aprendizagem". Um dos entrevistados relatou, a esse respeito, que nesse período a Secretaria de Educação do município do Rio de Janeiro oferecia vários cursos aos professores que queriam trabalhar com questões relativas à deficiência física ou mental. As preferências temáticas da Secretaria Municipal de Educação estariam em acordo com a tendência de buscar as razões do fracasso escolar na criança e não no contexto social.

A tendência em se explicar o fracasso escolar a partir da base orgânica fez-se presente no discurso médico. Um dos entrevistados sustentou a predominância dos problemas de base orgânica, neurológicos, enquanto causa do fracasso escolar (entrevista No.09).

Ainda que se tenha verificado (item 4.6.) nas falas dos entrevistados a preponderância dos fatores sociais relacionados à privação cultural na explicação do fracasso escolar, registra-se que foi a partir da década de 60 que entrou em cena a classificação diagnóstica dos chamados "Distúrbios de Aprendizagem", "Disfunção Cerebral Mínima (DCM)" e mais tarde "Distúrbio Hiperativo por Déficit de Atenção" (WERNER, 1992:4-5). WERNER (idem:115) destaca que tais distúrbios ao se afigurarem como um campo específico do saber e de atuação trazem como

consequência a expansão diagnóstica. De sua análise emergem os seguintes aspectos:

- que esse diagnóstico, inicialmente, foi dirigido a crianças de classe média ("inteligentes e bem nutridas") que não iam bem na escola;
- que as crianças das classes populares vítimas do fracasso escolar eram enquadradas em outras categorias como a do retardo mental, privação biopsicossocial e privação cultural;
- que o diagnóstico de disfunção neurológica (...) foi bem aceito pela classe média, empenhada num projeto de ascensão social e que precisava de uma justificativa para o filho não ser bom aluno, bom esportista;
- as categorias clínicas serviram para isentar a escola e o sistema social de qualquer "culpa" frente aos problemas de aprendizagem e escolaridade;
- os profissionais da área médica, revestidos de autoridade científica, difundiam a ideologia das "diferenças individuais" chegando a atribuir basicamente ao fator neurológico a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos indivíduos;
- a relação médico/paciente estava limitada a um conceito saúde/doença extremamente simplista que não envolvia a análise do sistema social, econômico, educacional e político;
- a expansão de um novo e promissor mercado de trabalho, capaz de incorporar especialistas, em larga escala, voltados para o campo dos distúrbios de aprendizagem;
- à medida que o conceito foi se expandindo passou a ser gradualmente utilizado para as crianças das classes populares, que tornaram-se, então, duplamente rotuladas: deficientes sócio-culturais e padecentes de disfunções neurológicas."

Relatando os temas que os interessavam para fins de estudo e atuação alguns entrevistados se expressaram sinalizando suas

preferências no contexto dos problemas ligados à saúde da criança.

"Eu fiz esse (curso) de paralisia cerebral, fiz o de deficiência mental, o de deficiência física (...) fiz o curso de pós - graduação em Estimulação Essencial pela Pestalozzi" (entrevista n.03).

"E, é, já trabalhei com excepcional bastante tempo, inclusive fui convidada para fazer esse trabalho com crianças repetentes porque eu trabalhei numa instituição filantrópica e trabalhei com deficiente mental cinco anos" (entrevista n.01).

"Eu fiz (cursos) sobre tudo. Sobre deficiência auditiva, sobre estimulação precoce, psicomotricidade" (entrevista n.05).

"Eu gosto muito dessa parte de adolescente, de distúrbios de comportamento" (entrevista n.06).

Já as noções de privação cultural, expressam-se no interior do Centro de Saúde da seguinte forma: os profissionais de Psicologia estabelecem um embate com os médicos, no sentido de minimizar a relação fracasso escolar e causalidade orgânica. Por outro lado, os médicos - não estando imunes ao momento histórico marcado pelas referidas noções - produzem um discurso em que se sobrepõem as explicações de base orgânica e as de base social.

O conjunto das falas sugere que a hipótese acima mencionada possa ter uma certa consistência e expressar um mecanismo de ancoragem da representação Social sobre o tema "criança repetente" no paradigma da "privação cultural". Este paradigma, possivelmente, estendeu-se ao campo da saúde.

Um outro ponto observado é que, se a menção a uma situação de privação aparece em praticamente todas as entrevistas, suas

consequências nem sempre são percebidas da mesma maneira. Se para um dos entrevistados - como já foi mencionado - a "ociosidade gritante" expressa a condição de vida da criança, para outro esta tem que enfrentar uma sobrecarga de responsabilidades e falta de afeto.

"Por não ter clareza de uma orientação, eu não sei, mas elas (as mães) passam pro filho aquilo que é passado pra elas, o carinho, não tem; são jogadas responsabilidades pra criança e as mães querem que elas aceitem as responsabilidades dadas, entendeu? (entrevista n.04)

Essa duplicidade de avaliações repete-se também, em relação a outros temas (família, escola) e parecem revelar que, na verdade, não se conhece a vida dos grupos sociais mais pobres para além dos estereótipos comumente veiculados na sociedade. O que leva os entrevistados a se referirem às crianças como aquelas "que não tiveram infância" ou "não foram estimuladas". Existe também uma comparação implícita e permanente entre os valores desses grupos e aqueles aos quais pertencem os profissionais de saúde. Assim, cabe perguntar, as idéias de "ociosidade" e "sobrecarga" das crianças das camadas populares correspondem (até que ponto) à realidade vivida por elas?

Antes de mais nada essas representações demonstram o grau de etnocentrismo existente na fala dos entrevistados. O olhar do profissional de saúde pra o paciente (e sua família) é atravessado pelo desconhecimento concreto de que a característica central do homem (ou dos grupos sociais) é "... sua aptidão praticamente infinita para inventar modos de vida e formas de

organização extremamente diversos" (LAPLANTINE, 1989:21) (23).

O conhecimento do "outro" - ao não reconhecer essa diversidade - torna-se, portanto, mediado por uma série de interpretações sobre o modo de vida dessas camadas baseadas em estereótipos ou julgamentos onde o termo de comparação é sempre a classe média.

FRANÇOIS LAPLANTINE ressalta, numa perspectiva antropológica, o papel que a forma como os grupos se vêem exerce na convivência social:

"A descoberta da alteridade é a de uma relação que permite deixar de identificar nossa pequena província de humanidade com a humanidade, e correlativamente deixar de rejeitar o presumido "selvagem" para fora de nós mesmos. Confrontados à multiplicidade, a priori enigmática, das culturas, somos aos poucos levados a romper com a abordagem comum que opera sempre a naturalização do social (como se os nossos comportamentos estivessem inscritos em nós desde o nascimento, e não fossem adquiridos no contato com a cultura na qual nascemos)" (LAPLANTINE, 1989:23).

O papel do estereótipo de que o padrão de desenvolvimento desses sujeitos encontra-se intrinsecamente ligado à sua posição de classe aparece nos depoimentos que se seguem onde é retratada

---

(23) São exemplos de trabalhos que investigam o "outro lado" da vida das camadas das classes populares o livro de Teresa Pires Caldeira - *A Política dos Outros*, que discute as concepções de sociedade e poder para os moradores de um bairro periférico de São Paulo *Festa no pedaço* de José Guilherme C. Magnani, que estuda as formas de lazer praticadas por grupos sociais que habitam a periferia; *Conformismo e Resistência*, de Marilena Chauí, que analisa as formas de convivência e enfrentamento que as classes populares desenvolvem frente aos padrões políticos, econômicos, culturais e sociais que lhes são impostos pelos segmentos dominantes da sociedade; *Na Vida Dez, Na Escola Zero*, de Terezinha Carraher et al, que discute questões pertinentes ao aprendizado de matemática entre grupos populares.

a transformação pela qual passa a criança socialmente desqualificada quando adotada por famílias melhor estruturadas economicamente.

"... por exemplo, outro dia chegou uma criança aqui que ela tinha 8 anos, que tinha sido adotada por essa mulher que veio trazer a criança. Aí essa criança tinha 8 anos e ela colocou a garota na escola. Ela se sentiu assim (...) ela não conseguia levantar a cabeça, ela não tinha expressão facial (a adoção era recente), não sabia escrever nada, quer dizer, depois de um mês essa criança voltou porque eu pedi exames dela; ela já se comunicou, já sorriu, por que? Porque ela teve carinho, ela teve alimentação, ela teve apoio, teve a participação dessa mulher que está adotando ela, é outra coisa, entendeu? (entrevista n.07). cit

"... na minha experiência, você vê criança desnutrida; seis meses e pesava quatro quilos. Essa criança foi adotada por família de classe média. Você vê crianças rendendo mal e depois rendendo bem, a vida delas mudou, ela agora tem estímulo em casa, né, da mãe, do pai que conversa, que brinca, que leva ao cinema, leva ao parque" (entrevista n.01).

E como se fora desse contexto o desenvolvimento intelectual e moral da criança não pudesse existir. Das famílias pobres estariam banidos os sentimentos em relação à criança e a preocupação com suas condições de vida. Essa postura implica, para além da percepção de que ela vive uma situação de deficiência ou privação cultural, numa determinanda visão do que seja a família dos meios populares.

#### 4.4. A família do escolar

"As famílias são desestruturadas. Pai alcoólatra, o que tem de alcoolismo... Sabe, é a filha que foi estuprada, entendeu?" (entrevista n.01).

No contexto da pesquisa, a família do escolar é valorada sempre de maneira negativa. Ela é vista recorrentemente como "desestruturada", isto é, sem suporte (ou estrutura) material, moral e intelectual para desempenhar seu papel.

A família aparece como uma instituição que se organiza de forma "machista", onde é possível encontrar inúmeros casos de analfabetismo e alcoolismo e as desavenças conjugais são constantes. Possui um "nível intelectual" muito baixo, transformando-se numa "barreira para a aprendizagem". Segundo um dos entrevistados, a situação familiar "... é a que acarreta maior problemática" no que diz respeito à produção do fracasso escolar (entrevista n.03). A família do escolar, enquanto instituição provedora e socializadora da criança não recebeu qualquer adjetivação positiva. Um exemplo:

"... eu posso quase que garantir que 70% a 80% dessas crianças (...) os pais são analfabetos ... " (entrevista n.01).

"o alcoolismo gera isso, né? (referindo-se a desavenças conjugais). Geralmente é o homem que bebe, né?. Quer dizer, a gente não sabe até que ponto quando vem o pai, se ele está negando que ele bebe. Que as vezes vem o pai ao invés da mãe. E ele não vai dizer nunca que ele é alcoólatra, né?... Quando vem um pai eu fico assim ... será que ele não bebe? Tem pai que diz: a mãe é que é mendiga, que bebia ... Olha, o desajuste familiar aí é uma coisa gerada por todos esse fatores..." (Idem).

"Como é que ele (o aluno) estuda? Em cima



da cama, na mesa onde todo mundo come; geralmente não tem mesa separada para a criança estudar, não tem um canto" (entrevista n.06).

"Como é que uma criança que vive numa casa dessas, que não tem estrutura familiar, ela vai conseguir aprender alguma coisa?" (entrevista n.07)

Constantemente comparada a um padrão de "família ideal", bem aquinhada do ponto de vista econômico e cultural, a família das camadas populares é avaliada a partir de critérios totalmente alheios às suas condições de existência. Características encontráveis em famílias das camadas médias e altas da sociedade, são concebidas como padronizadoras das formas de ser e proceder de todo e qualquer arranjo familiar. Há, portanto, uma naturalização do conceito de família. EUNICE DURHAM assinala:

"É próprio do senso comum conceber as instituições relativamente estáveis da sociedade antes como formas 'naturais' de organização da vida coletiva que como produtos mutáveis da atividade social (...). Clara manifestação disso é a tendência a identificar o grupo conjugal como forma básica ou elementar de família e afirmar sua universalidade" (DURHAM, 1983:15).

A autora lembra que a literatura antropológica traz à luz a existência uma grande variedade de estruturas familiares, que combinam de maneira diversa e original o casamento, o parentesco, a residência e a vida doméstica. Para ela, se fosse possível pensar um grupo natural na sociedade humana, este não seria a família mas, no máximo, "(...) o grupo formado por uma mulher e sua prole imatura" (DURHAM, 1983:20).

A concepção de que existe uma "família certa" a qual todas as outras devem estar referidas está ancorada na imagem da família burguesa que se constitui a partir de fins do século XVIII, onde

passam a imperar condições morais, culturais e econômicas específicas a essa classe social.

Num trabalho clássico, PHILIPPE ARIES (1978) assinala a emergência dessa nova forma de família, ligada ao aparecimento e consolidação das sociedades industriais. Nessa nova forma, bem distinta da encontrada na sociedade tradicional da Idade Média, a situação da criança também é muito diferenciada.

Na sociedade medieval a infância revestia-se de um caráter impreciso e passageiro. Possivelmente em função da alta taxa de mortalidade infantil os laços afetivos que se estabeleciam entre a família e a criança eram pouco desenvolvidos. Sua fragilidade em termos de sobrevivência implicava em que se aceitasse "com tranquilidade" a idéia de sua "substituição". Para o autor, as relações familiares em geral, e não apenas a relação criança/adulto, eram marcadas por laços afetivos pouco intensos. Estes não apareciam como necessários ou característicos embora pudessem existir. A socialização da criança acontecia num marco mais amplo que o ambiente doméstico, englobando relações de vizinhança e amizade tanto com outras crianças, como com os adultos. Assim, o papel da família conjugal diluía-se em meio às relações comunitárias que se criavam e que eram mais importantes na educação infantil:

"A transmissão dos valores e dos conhecimentos, e de modo mais geral, a socialização da criança, não eram portanto nem asseguradas nem controladas pela família. A criança se afastava logo de seus pais, e pode-se dizer que durante séculos a educação foi garantida pela aprendizagem, graças à convivência da criança ou do jovem com os adultos. A criança aprendia as coisas que devia saber ajudando os adultos a fazê-las (ARIES, 1978:10)".

A família da sociedade industrial começa a apresentar características novas em relação à medieval. A novidade, para ARIES, corre por conta da incorporação de laços afetivos necessários entre seus membros e o novo papel que a criança adquire nesse período:

"A família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e os pais e filhos, algo que ela não era antes. Essa afeição se exprime sobretudo através da importância que se passou a atribuir à educação. Não se trata mais apenas de estabelecer os filhos em função dos bens e da honra. Tratava-se de um sentimento inteiramente novo: os pais se interessavam pelos estudos de seus filhos e os acompanhavam com uma solicitude habitual nos séculos XIX e XX, mas outrora desconhecida.

A família começou então a se organizar em torno da criança e a lhe dar uma tal importância, que a criança saiu de seu antigo anonimato, que se tornou impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, que ela não pôde mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela (ARIES, 1978:11-12)".

Essa criança deveria contar também com condições pessoais ótimas: boa alimentação, local de estudo apropriado, apoio da família no cumprimento das tarefas escolares. A criança ideal vive num ambiente repleto de estímulos, amor e cumplicidade afetiva, vivenciando um processo de socialização comandado pela família. Os valores e conhecimentos detidos pela burguesia passam a ser a medida do que seria o ideal, o universal em termos de cuidado e de educação da criança.

O trabalho de ARIES não só ajuda a situar historicamente a concepção de família assumida como "natural" pelos entrevistados, como também auxilia a compreensão da visão que estes têm das características da criança "ideal" ou "certa" para a escola:

a oriunda de famílias pequenas e bem estabelecidas economicamente, disponíveis para passar um longo período de sua vida na instituição escolar - em "quarentena", no dizer do autor.

A "desestruturação" atribuída à família das camadas populares, face ao modelo ideal, remete-nos ao problema da comparabilidade entre formas distintas de organização familiar.

DURHAM (1983:26-27) define a família como uma instituição organizada em função de sua reprodução biológica e social. Para tal, estabelece entre seus membros relações de aliança, descendência e consanguinidade, <sup>mediadas</sup> medidas pela divisão sexual do trabalho.

A variedade de arranjos que se estabelecem concretamente entre esse elementos de definição demonstra a impossibilidade de naturalização do conceito. Retomando um exemplo citado pela autora, entre os trobíandeses, povo da Nova Guiné, estudado por MALINOWSKI, as famílias constituem unidades de reprodução, embora não possam ser vistas como unidades de parentesco. Nesta sociedade, a participação do homem no processo de reprodução é negada. Não existe a figura do pai biológico, havendo, no máximo, a do marido ou companheiro da mãe. Em outras palavras, não é um parente, mas apenas um afim, uma espécie de padrasto. Como a sociedade é matrilinear, isto é, a descendência, a herança e a sucessão se dão-se em linha materna, exclusivamente, as relações de parentesco estabelecem-se entre tio materno e sobrinho e não entre pai e filho. O caso é ilustrativo da diversidade de significações que pode assumir a concepção de "família".

A autora assinala, ainda, a necessidade de incorporação de

outros conceitos à análise, como os de grupo doméstico e unidades residenciais, permitindo assim que se amplie a compreensão de configurações familiares específicas. E justifica esta utilização pelas variedades de arranjos existentes:

"... famílias tendem, pelo menos durante uma fase de seu ciclo de existência, a se confundir e/ou integrar com grupos domésticos e unidades residenciais. Entretanto, grupos domésticos, sendo unidades residenciais, tanto podem restringir-se aos membros de uma família como se ampliar pela inclusão de pessoas não relacionadas por parentesco ou afinidades (como escravos, serviçais, agregados de diferentes tipos). Podem inclusive, ser formados exclusivamente por pessoas não aparentadas (como é o caso, por exemplo, de repúblicas de estudantes) não sendo, nesse caso, famílias. Finalmente, grupos residenciais podem não ser famílias, nem grupos domésticos, como ocorre em grupos tribais com os jovens que habitam a casa dos homens, mas comem com suas famílias e contribuem para a despesa doméstica (DURHAM, 1983:27)".

O modelo de família que se identifica, em nossa cultura, como "padrão" é o conjugal ou nuclear, aquele formado por mãe, filho(s) e cônjuge. Do ponto de vista da divisão sexual do trabalho, o sustento da família é tarefa do "cabeça do casal", o marido; à mulher cabe desempenhar as tarefas domésticas e de educação das crianças. A atividade feminina remunerada, dentro ou fora do lar, ainda é considerada "auxílio" ao orçamento da casa (GOLDENBERG, 1988).

Esse padrão, no entanto, frequentemente não se concretiza, sendo as exceções à regra numerosas. As famílias podem assumir um aspecto "incompleto" ou, ainda, ampliado. O caso mais comum de família "incompleta" é a matrifocal, composta pela mãe e sua prole e onde a presença do cônjuge é ocasional e instável

(DURHAM, 1983; NEUPERT et alii, 1989). Este parece ser o arranjo familiar mais encontrado entre as camadas pobres da população. A mãe assume novos papéis no âmbito doméstico e a única forma de que dispõe para retornar às suas antigas funções no contexto familiar é encontrar novo companheiro.

Outra possibilidade de arranjo doméstico pode ser encontrado na família ampliada, aquela que integra ao domicílio outras pessoas além das que constituem o núcleo conjugal (GOLDENBERG, 1988:74).

Tanto a ampliação quanto a redução do grupo, muitas vezes desfalcado do cônjuge masculino ou acrescido de novos elementos, como parentes (avó, tia) ou, ainda, outra família "incompleta", dá-se em função da necessidade da família reproduzir-se física e socialmente. Configura-se, nesses casos, uma dinâmica peculiar na composição e recomposição dos grupos domésticos como decorrência de suas estratégias de sobrevivência. (24)

Embora estruturem-se de forma funcional à suas necessidades, essas famílias aparecem como desordenadas ou mesmo caóticas se comparadas ao modelo "certo". Daí sua percepção como "desestruturada" ou mesmo "promiscua" pelos indivíduos pesquisados.

A partir da fala dos entrevistados é importante destacar ainda que, no âmbito destas famílias, é sobre a mãe que recai a

---

(24) Observe-se, no entanto, que mesmo se constituindo concretamente numa forma alternativa e funcional de grupamento familiar, esses arranjos não necessariamente são percebidos como tais por seus componentes. Como aponta Durham (1983), este tipo de família pode vivenciar essa situação como **impossibilidade** de se organizar dentro dos padrões ideológicos dominantes.

maior parcela de responsabilidade sobre o êxito das crianças na escola. O que é bastante compreensível se recordarmos que a partir do século XIX, como assinalam alguns autores (BADINTER, 1985; BOLTANSKI, 1977) a difusão da puericultura amplia drasticamente o papel da mulher como veiculadora de saberes e práticas cujo objetivo seria configurar um novo modelo de família, hígida e apta ao trabalho. Família civilizada, enfim, expressão da sociabilidade capitalista que se instaurava. A função da família na nova ordem social não é, segundo BOLTANSKI (1977), fruto do acaso, mas da necessidade da sociedade capitalista regular a vida das classes sociais, em especial dos seus segmentos mais pobres, no sentido de ordenar todos os atos da vida cotidiana, inclusive os mais íntimos, em função de sua reprodução. Formula-se, então, uma ideologia da ordem e da civilização que relega as pessoas e os grupos que não se enquadram aos seus termos ao reino da desordem e da selvageria.

A análise que os profissionais de saúde fazem do escolar das classes populares e sua família é ancorada no antigo discurso moralizador da higiene e da puericultura. BADINTER (1985) distingue variações neste tipo de discursos. Para a autora, no século XVIII aparece a idéia de um novo tipo de responsabilidade dos pais sobre seus filhos. Sua análise, portanto, coincide com a de ARIES. No século XIX, a acentuação dessa responsabilidade recai sobre a figura da mãe. Nesse sentido, a idéia de responsabilidade materna é agregada à noção de culpabilidade materna quando se frustra, de alguma maneira, os desígnios da educação infantil.

A tendência à culpabilização da mãe aparece na fala dos entrevistados, ao elaborarem um discurso em que a desqualificação está marcadamente presente. O quadro que se segue sintetiza a avaliação da figura materna pelos entrevistados.



# QUADRO 1

## FIGURA MATERNA

| CARACTERÍSTICAS PESSOAIS:   | RELAÇÃO MÃE-FILHO  | RELAÇÃO MÃE-ESCOLA   |
|---|--|--|
| -sem esclarecimento;  | -não dão educação em casa;   | -é necessário "puxar" a mãe para dentro da escola;             |
| -algumas são mais interessadas que outras pela vida dos filhos;     | -largam, abandonam os filhos;  | -manda o filho para a escola mas não o obriga a fazer o dever. |
| -preguiçosas;   | -acham normal o filho repetir a série escolar                                      |  |
| -não são amadas pelo marido, pela família;                          | -não se importam com o que acontece quando o filho volta da escola;                |  |
| -"não tão nem aí" para as responsabilidades;                        | -não sentam com o filho para ensinar as mínimas coisas;                            |  |
| -não trabalham fora e não sabem fazer nada (não têm nenhum ofício); | -conta-se nos dedos as que realmente se preocupam com o fracasso escolar do filho. |  |
| -não trabalham e não têm tempo para cuidar dos filhos;              |  |  |
| -vaidosas: "são todas arrumadinhas";                                |  |  |
| -"desligadas";  |  |  |
| -não dá amor;   |  |  |
| -precisa ser estimulada a dar amor, conversar, participar;          |  |  |
| -sofridas;  |  |  |
| -vivem na ilusão;   |  |  |
| -não têm carinho;   |  |  |
| -vivem em promiscuidade sexual;                                     |  |  |
| -somem do grupo de atendimento, (no CMS);                           |  |  |
| -são displicentes.  |  |  |

As considerações dos profissionais de saúde sobre as características pessoais das mães são mais numerosas do que aquelas relativas às relações mãe/filho e mãe/escola. A concentração de opiniões é coerente com a visão que os entrevistados têm sobre a causa principal do fracasso escolar: a família e, particularmente, o papel que, nesta situação, desempenham as mães.

Apenas numa ocasião, em todas as entrevistas, a figura da mãe foi adjetivada positivamente - "...é um barato" - mesmo assim, foi citada como exceção à regra. Nos outros momentos foram vistas como desvalidas: sem amor, sem carinho, sem estímulos para agir adequadamente com os filhos, iludidas sobre a realidade, ignorantes. Em síntese, o que caracteriza essas mulheres para os depoentes é sua situação de carência afetiva e material. São pessoas que não conseguem oferecer à família aquilo, que, afinal, nunca tiveram. Consequentemente, a carência é vista como propulsora de um círculo vicioso de pobreza e desvalimento do qual é difícil escapar.

A visão que concorre com a da mãe desvalida é aquela explicitamente pejorativa e desqualificadora. As mães são vistas como pessoas preguiçosas, displicentes, irresponsáveis, vaidosas, com "...as unhas e os cabelos sempre bem tratados". É interessante notar que a posição dessas mulheres no mercado de trabalho, qualquer que seja, é sempre valorada de maneira negativa. Para alguns entrevistados, o trabalho é visto como algo prejudicial, significando abandono e displicência para com os filhos. Para outros, no entanto, não trabalhar é que significa

abandono e displicência para com a família, na medida em que "não trabalham e não fazem nada". A compreensão sobre o trabalho feminino, neste contexto, é manipulada de modo a ecanixar-se numa determinada representação do que seja a mulher das camadas populares.

Alguns autores, entretanto, estudando a forma de organização das famílias das camadas populares, contestam a identificação simplista do comportamento cotidiano destas pessoas face às idéias de desvalimento. GOLDENBERG (1988); MINAYO (1987); ZALUAR (1985); CALDEIRA (1984) não encontraram em suas pesquisas com "populações de baixa renda", situações onde estas se mostrem caracteristicamente preguiçosas ou omissas frente a seus problemas. Ao contrário, o que aparece é um esforço ingente e continuado para resolvê-los. Esforço que se expressa, por exemplo, na atitude diária de enfrentar filas: nos hospitais, para receber atendimento médico; nas escolas, para conseguir vagas para seus filhos; em instituições para receber "auxílio", ou mesmo para conseguir trabalho.

O estereótipo "preguiçoso" não se ajusta, portanto, com tanta facilidade a esses grupos. Ressalte-se, no entanto, que neste contexto a situação das mulheres, apresenta características particulares que foram entendidas pelos entrevistados como propiciadoras de "preguiça", "displicência" ou "relaxamento".

Estudando as condições de vida de famílias de desnutridos em uma população favelada da zona norte do Rio de Janeiro, ESTHER ZABOROWSKI (1990) ressalta algumas estratégias de sobrevivência praticadas por este grupo (em especial, pelas mulheres) que reforçam a idéia de que a lógica da autopreservação nas camadas

populares obedece a regras muito peculiares colocadas por suas condições de vida. Em relação ao universo pesquisado a autora observou que:

- a inserção da mulher que tem compnheiro no mercado de trabalho é intermitente;

- esta se dá principalmente quando da ausência do companheiro ou pela reconhecida incapacidade deste em sustentar a família;

- a mulher leva em consideração a remuneração que é capaz de obter caso opte por delegar os afazeres domésticos a outra pessoa e se engaje no mercado de trabalho. Em geral, sua desqualificação e as condições de mercado tornam essa opção desvantajosa;

- em função das condições descritas, a mulher tende a participar do mercado de trabalho de maneira pouco formal, buscando ocupações compatíveis com suas necessidades, o que significa procurar trabalhos ocasionais como os de faxineira ou lavadeira;

- a baixa remuneração obtida com este tipo de trabalho a obriga a perseguir recursos complementares ao orçamento doméstico através da "peregrinação" a instituições que ofereçam roupas, remédios ou alimentos (igrejas, associações de moradores, entidades filantrópicas).

Para a autora, estas estratégias configuram "(...) uma forma de economia doméstica que muitas vezes traz benefícios superiores aos que podem conseguir através da inserção permanente no mercado de trabalho (ZABOROWSKI, 1990:69)".

ZABOROWSKI aponta as principais consequências do modo de

vida dessas mulheres: baixos níveis de aspiração; dependência do acaso (a "sorte", o "destino"); e, o que parece central a impossibilidade de um projeto de vida planejado - configurando um processo que a autora denomina, expressivamente, de "dinâmica permanente do provisório" (ZABOROWSKI, 1990:69-71).

O mérito dos autores que enfocam criticamente o modo de vida das camadas populares consiste em lançar um olhar diferenciado à grande massa de dados "visíveis" sobre o tema, dando-lhes significados diferentes dos clichês habituais, incorporando em suas análises o contexto que os gerou, concebendo-os como forma de sobrevivência ou resistência a um meio estruturalmente hostil. Resistência na acepção que lhe dá MARILENA CHAUI (1986:63), de práticas difusas ou localizadas, individuais ou coletivas, não necessariamente deliberadas, contra a estrutura social que oprime, mas evadas de uma lógica que as transforma em atos de resistência.

#### 4.5. Aspectos intra-escolares do fracasso escolar

Os aspectos intra-escolares do fracasso escolar centram-se em fatores que transformam os objetivos manifestos da instituição escolar - socialização e educação de indivíduos - em mecanismos de seleção e exclusão sociais.

Ao perguntar aos entrevistados se eles atribuíam à escola algum papel na produção do fracasso escolar, o objetivo era investigar até que ponto estes consideravam a figura do professor, as práticas pedagógicas desenvolvidas em sala de aula, ou mesmo aspectos institucionais da escola (como hierarquização de poderes dentro da instituição) nas suas relações com o

fenômeno estudado.

Os profissionais consideraram fatores intra-escolares do fracasso escolar:

a) características pessoais

- do aluno
- do professor

b) problemas internos à escola

- físicos
- pedagógicos

c) a situação do profissional do magistério público

- formação para o exercício da profissão
- remuneração pelo desenvolvimento da função.

Mencionada em apenas duas entrevistas, a situação do profissional do magistério público foi duramente criticada. A baixa remuneração influenciaria decisivamente o mau desempenho do professor. Uma das respondentes ressaltou a combinação perversa entre fatores intra-escolares que levariam a escola a se tornar "um teatro" do qual "todos participam" (entrevista n.07).

Comparando as exigências que se faziam aos professores que se formaram em sua época e aos que se formam agora, outra entrevistada observa a omissão dos poderes públicos que, além de não dar continuidade ao trabalho de gestões anteriores, admitem no serviço público pessoas desqualificadas:

"Você vê hoje, na Escola Normal (...) (a preparação dos professores) não vale nada. A não ser um colégio particular que prepara o professor mais ou menos. Mas o professor primário que faz uma Escola Normal Pública, ele é quase que analfabeto. Ele

não sabe fazer uma redação, ele tem erros de ortografia. Por quê? Na minha época, quando eu me formei, há vinte e sete anos atrás, eu tinha que fazer um tremendo concurso para poder ingressar nessa escola. Hoje eles abrem a vaga, não precisa prova, não precisa concurso, não precisa nada... (entrevista n.05).

Relativamente aos problemas internos da escola, questões relacionadas à estrutura física e pedagógica da instituição são lembradas. Reconhece-se que muitas vezes as escolas estão situadas em locais de difícil acesso aos professores; são pequenas para abrigar as turmas, em geral numerosas, não possuem área para o lazer das crianças; possuem poucos recursos materiais e pedagógicos.

A inadaptação dos métodos pedagógicos é percebida no fato de que as crianças precisam levar deveres para casa; por não ter um acompanhamento prévio em jardim de infância antes de serem admitidas no primeiro grau. Muitas professoras não sabem transmitir conteúdos pedagógicos, limitando-se a "jogar a matéria" sobre os alunos (entrevista n.02).

E interessante notar a forma como as "características pessoais" do aluno e do professor foram percebidas, pelos entrevistados, entre os fatores intra-escolares da produção do fracasso escolar.

Meninos sujos, bagunceiros e brigões não conseguem se enquadrar no papel idealizado para o aluno:

Imagine uma professora de um colégio particular que tem um quarto cheio de materiais para conseguir desenvolver aquelas crianças maravilhosas e uma mulher lá no morro com as carteiras todas sujas, aquele fazendo xixi, o outro olhando pro teto, o

outro empurrando; todo mundo sujinho; o próprio ambiente vai fazer com que haja uma diminuição dessa produção (dos professores)... (entrevista n.07).

Por suas características pessoais os alunos não conseguem entrosamento nos grupos, nem se relacionam afetivamente com os professores:

"Depende do grupo em que ele está, será que ele está bem entrosado naquele grupo, naquela turma?" (entrevista n.02).

"... ela (a criança) tem um problema de afetividade com a professora..." (entrevista n.06)

Essas características, por sua vez, chocam-se com as características pessoais dos professores, especialmente sua falta de interesse (ou interesse seletivo) nos alunos ou ainda a forma como os tratam, como o demonstram as falas abaixo:

"(...) por exemplo: essas falhas que você encontra na escola pública... criança com dislalia e dislexia que a professora nunca percebe, que troca o "r" pelo "l", o "t" pelo "d" ...não é preciso ser fonoaudiólogo para perceber isso" (entrevista n.01).

Ou ainda:

"A maneira como os professores tratam as crianças, eles relatam, maus tratos mesmo, são chamados de moleques, de vadios, existe uma falta de afetividade..." (entrevista n.06).

"Os meninos tem queixa da professora que dá atenção às meninas, que gostam mais das meninas que são mais quietas..." (idem).

Na visão dos entrevistados, as características pessoais dos professores (o desinteresse pelo aluno) e dos alunos (sujos e



bagunceiros) articulam-se na constituição da relação pedagógica professor-aluno à medida em que se atribui uma "troca de sinais" em seus papéis sociais - os individuais e os institucionais.

Assim, o comportamento individual da criança (sujo, bagunceiro etc) passa a ser visto como um fator intra-escolar do fracasso porque na escola o comportamento individual é identificado como forma de desempenho do papel institucional (o de aluno).

Contrariamente, o papel institucional do professor é compreendido como fator intra-escolar de fracasso a partir do momento em que são ressaltadas suas características individuais (desinteresse, desmotivação, incapacidade de dar afeto ao aluno).

#### **4.6. Fracasso Escolar - a superação de uma questão social**

A precariedade de condições de reprodução social dos estratos mais pobres - público dos serviços de saúde - é percebida com clareza pelos entrevistados, que se referem às questões sociais implicadas na produção do fracasso escolar.

"Acho que o mundo mudou muito, mudou muito; as dificuldades cada vez maiores, as famílias cada vez mais pobres, cada vez mais filhos no mundo, cada vez mais abandonados, e eu acho que isso é um problema social gravíssimo, que influi terrivelmente na parte da escolaridade" (entrevista No.06).

"... é problema social, social mesmo! Falta dinheiro, falta de emprego, falta de roupa, falta de comida..." (entrevista No.07).

São identificados como sociais alguns problemas estruturais da sociedade: má distribuição de renda, pobreza, fome,

analfabetismo e suas decorrências: corrupção, delinquência, vícios, problemas mentais. A omissão do governo também aparece como questão social, já que extrapola os limites das esferas individual e familiar. Neste contexto são citadas a má administração da coisa pública, a descontinuidade das ações administrativas e a má qualidade dos cursos de formação de professores na área da educação.

Observa-se que a referência aos problemas sociais aparece com pesos diferenciados nas situações de entrevista. Em algumas delas, os problemas sociais são citados como os mais importantes na explicação do fracasso escolar, como se vê nas citações abaixo:

"Eu costumo classificar [a criança com queixa de baixo rendimento escolar] em dois problemas. Quando eu olho pra criança, eu primeiro tento ver se não é uma criança neurológica, porque aí é um problema orgânico, né, aí não vai aprender mesmo... [mas] eu acho que os casos maiores são os casos sociais" (entrevista No.07).

"Eu digo assim, grosseiramente, que de 5% a 10% [dos casos de fracasso escolar] estão relacionados a problema orgânico, interferindo no rendimento escolar. O resto é problema social mesmo!" (entrevista No.01).

A centralidade do social como fator de explicação do fracasso escolar, embora admitida, não encontra correspondência no espaço concedido à sua análise. Como já foi dito anteriormente, os temas "família" e "mãe", foram aqueles que se constituíram nos mais importantes para os profissionais de saúde,

sobre os quais discorreram mais longamente e com maior segurança.

Qual é, então, a relação que se estabelece, na fala dos entrevistados, entre as causas do fracasso escolar? Ele é ou não um problema social?

Em realidade, a observação de PATTO, ressaltada no item 1.1. deste trabalho, sobre as análises que historicamente vêm sendo construídas na tentativa de explicar o fracasso escolar, pode ser estendida à fala dos profissionais de saúde em relação ao tema. Certas explicações tradicionais - como as que responsabilizam a família pela situação do aluno - estão longe de ser ultrapassadas: antes são somadas a outras. As causas sociais do fracasso escolar ocupam, neste contexto, um espaço ambíguo, a maior caminho entre a explicação do fato e sua justificativa.

Citada várias vezes, a questão do alcoolismo observado entre os membros das famílias das crianças atendidas serve de exemplo para esclarecer esta ambiguidade.

O uso excessivo de bebida alcoólica pelos adultos das famílias em questão aparece nas entrevistas, por vezes, como causa (ou pelo menos uma das causas) do desajuste familiar, decisivo na explicação dos problemas de aprendizagem. Em outras ocasiões, admite-se que o alcoolismo possa ser explicado por razões como pobreza e desemprego. Se no primeiro exemplo a ingestão de bebidas aparece como **causa** importante, embora indireta, do fracasso escolar, no segundo aparece como consequência da estrutura social. Visto deste ângulo, o alcoolismo perde a força explicativa que possui se considerado como "causa" do problema. O tema, portanto, aparece num duplo registro nas falas analisadas; daí a posição ambígua desta e de

outras causas num contexto explicativo. Esta análise caberia também em outros exemplos, como o da "displicência materna", e o da "ignorância dos pais", entre outros.

#### 4.7. A superação do fracasso escolar

O tratamento dado à questão da superação do fracasso escolar pelos entrevistados foi genérico, o que se explica, em parte, pela grande complexidade do tema apresentado. No que diz respeito ao papel do centro municipal de saúde neste processo, no entanto, as opiniões são bem específicas.

Há unanimidade quanto à pequena participação da instituição na resolução do problema. Os motivos apresentados são de duas ordens:

- as características da clientela, que não tem tempo e dinheiro para custear um tratamento. Mesmo quando há essa possibilidade, o pouco tempo que passam no centro de saúde não justificaria dar à instituição o crédito pela solução do fracasso escolar (entrevistas No. 03, 04, 05).

- o papel do centro municipal de saúde, é em especial do corpo médico, que "não tem capacidade" para resolver a questão. Existe uma divisão de "responsabilidades", cabendo a instituição os trabalhos de diagnóstico, "revisão" e encaminhamento dos pacientes. Neste sentido, o Projeto Saúde e Educação representaria a concretização de todas as possibilidades de intervenção do CMS na questão (entrevistas Nos. 02,04,05). É preciso que o centro de saúde e a escola encontrem uma nova maneira de abordar a criança (entrevista n.03).

Embora os profissionais de saúde se vejam executando um trabalho articulado ao dos profissionais de educação, a estes últimos é atribuída a maior parcela de responsabilidade na superação do fracasso escolar. A escola teria a obrigação de resolver os problemas de evasão e repetência, experimentando "novos métodos de trabalho", "modificando a cabeça dos profissionais" ou mesmo criando uma "escolaridade especial" ou "grupos menores" com repententes. Em outros termos, preconizam a volta às antigas classes especiais (entrevistas Nos. 01,02,05).

É interessante notar o que pensam os entrevistados sobre o papel das autoridades políticas. Estas aparecem como responsáveis pelas medidas de superação do fracasso escolar, numa referência genérica: ao "governo" cabe "melhorar o ensino", ou "preparar bem as pessoas para ensinar".

As famílias não se atribuí qualquer papel na solução do problema, o que é coerente com a visão que os entrevistados têm das famílias dos alunos: incapazes de auto-criticar-se e de oferecer soluções. Assim, a família deve ser socorrida pela escola e pelo centro municipal de saúde. Contraditoriamente, a interação entre a família e a escola chega a aparecer em algumas entrevistas como fundamental para o bom andamento da vida escolar das crianças (entrevistas Nos. 02,04).

A visão que os profissionais de saúde têm das famílias das crianças que chegam até eles no Centro Municipal de Saúde, apresentando queixas relativas ao desempenho escolar, é semelhante à que HUGO LOVISOLO (1987) encontrou pesquisando as representações dos professores sobre a realidade escolar do Rio de Janeiro.

Para LOVISOLO os professores constroem dois modelos de família: um modelo positivo que se ajusta à concepção de família da sociedade "industrial" e um negativo, que corresponderia ao modelo de família "tradicional" - baseando-se nos modelos descritos por ARIES em seu livro História Social da Criança e da Família (1978). Segundo LOVISOLO, no modelo positivo a família é vista como altamente interessada no desempenho escolar dos filhos e recorre a inúmeros especialistas para ajudar a criança quando esta encontra dificuldades no processo de aprendizagem. Haveria uma correspondência por parte dos professores à postura familiar, também se esforçariam para fazer a criança superar seus problemas.

Tal "acordo", ainda segundo o mesmo autor, não se efetivaria entre os professores junto às famílias do modelo "tradicional": numerosa, desagregada, sem interesse pelo acompanhamento do cotidiano escolar das crianças. O autor, portanto, vê a possibilidade de analisar a visão dos professores sobre as famílias das classes populares a partir de uma transposição dos elementos explicativos utilizados por ARIES (os conceitos de "família tradicional" e "família da sociedade industrial") para o contexto empírico estudado.

Para LOVISOLO, o modelo encontrado nestas camadas sociais corresponderia, na visão dos entrevistados a idéia de uma família "que ainda" não é família e, conseqüentemente, à idéia de que "... a criança das camadas populares ainda não é criança" (LOVISOLO, 1987:54).

Para os profissionais de saúde entrevistados, assim como

para os professores citados no outro trabalho, existe uma definição, pela ausência de atributos, das famílias de seus pacientes, instaladas num aparente vácuo social e ideológico. O auxílio do centro municipal de saúde e da escola aconteceriam na tentativa, através de exames, diagnósticos e técnicas pedagógicas, de transformar a família que não é família numa família que pudesse ser considerada como tal. Assim, é através de seus membros jovens - as crianças - que a família do modelo "tradicional" seria paulatinamente integrada a um sistema de regras e valores próximos/próprios da família moderna.

## CONCLUSÃO

Este trabalho procurou descrever e analisar como uma instância médica de nível local - o Centro Municipal de Saúde da Penha - formula uma concepção sobre o fracasso escolar e suas causas e age sobre elas. Investigou as responsabilidades que o Centro Municipal de Saúde se atribui no processo de diagnóstico e tratamento de problemas ligados ao fenômeno fracasso escolar e o papel que ele desempenha ao se colocar como coordenador de ações de saúde voltadas para o enfrentamento da questão.

A concepção da instituição acerca do fenômeno fracasso escolar e suas causas enraiza-se nas matrizes teóricas dos discursos das deficiências de base orgânica e, sobretudo, da privação cultural.

No que se refere às explicações sobre o fracasso escolar, dois modelos interpretativos, fornecidos por NICOLACI-DA-COSTA (1987), auxiliam a compreensão dessas matrizes. São eles:

- a orientação predeterminista, relativamente à suposta inferioridade genética das camadas populares. Até a década de 60, esses pressupostos orientaram a produção científica, enquanto tentativa de confirmar a crença "no caráter fixo e hereditário da inteligência e no seu desenvolvimento biologicamente predeterminado" (idem:19). Cumpre-se incluir - acrescentando-se à caracterização da autora - que as abordagens de base biológica sobre os chamados "distúrbios de aprendizagem" inscrevem-se,



também, no âmbito da orientação predeterminista formulada a partir dos anos 60.

- a orientação ambientalista que ressalta o papel da família e do meio ambiente como promotores do desenvolvimento da criança. Surge, assim, no início da década de 60, o conceito de privação cultural, ligado a noções de "carência de estímulos materiais e culturais" e de "deficiências linguísticas", passando a coexistir com a orientação predeterminista.

Se por um lado, a noção de "privação cultural" serviu para refutar as relacionadas aos fatores de base orgânica, por outro, seu frágil aporte teórico não se sustenta pelo fato de supor a "ausência", "falta", "precariedade" e "déficit cultural". Tal abordagem tenta negar, precisamente, o que caracteriza a cultura de determinados grupos ou classes sociais, ou seja, seus modos particulares de operar a realidade.

Da mesma forma, a matriz teórica da concepção sobre a família das classes populares surge como um desdobramento coerente da visão de "privação cultural".

As referências ao "desajuste familiar", ao "alcooolismo" e às "desavenças conjugais" revelam-se desvinculadas de uma compreensão histórica da realidade familiar e sócio-cultural.

O parâmetro interpretativo expresso pelo Centro Municipal de Saúde identifica comportamentos desviantes do "padrão classe média" e os classifica como anormais. Comportamentos esses que são considerados como patológicos e vistos, mecanicamente, como os responsáveis, em última instância, pelo baixo rendimento escolar dos filhos das camadas populares. Sequer procura-se identificar na história da vida destas famílias as formas de

interação social e afetiva que estabelecem com seus filhos. As entrevistas revelam que não se supõe a possibilidade das famílias das camadas populares desempenharem, junto aos seus filhos, papéis positivos na formação de comportamentos, atitudes, conhecimentos, habilidades e valores.

Vários autores têm apontado o fato de que as análises tradicionais sobre o fracasso escolar patologizam a pobreza. Neste trabalho, a concepção patologizadora evidenciou-se por uma visão essencialmente desqualificadora das classes populares. Demonstra-a a constelação de qualificativos pejorativos que são "aderidos" aos pobres, como se fossem parte de sua "natureza" física e moral. O processo de patologização, portanto, pode ser resumido da seguinte forma: não é a pobreza que causa a doença; a pobreza é a doença. Tal concepção merece especial destaque em função de ser produtora e legitimadora de segregação social e apresentar desdobramentos importantes no campo da ação institucional sobre o fracasso escolar. Se a pobreza é a própria doença, justifica-se a visão de que ela deva ser subordinada aos mecanismos terapêuticos próprios do campo da saúde.

Ao estabelecer um sinal de igualdade entre pobreza e doença abre-se caminho à medicalização do fracasso escolar, fenômeno que, afinal, atinge massivamente as camadas mais pobres da sociedade. A medicalização consiste, em conformidade com CECILIA COLLARES e MARIA APARECIDA MOYSES (1986), na busca de causas e soluções médicas para problemas de origem social.

A medicalização do fracasso escolar é, por sua vez, reveladora da subordinação histórica do campo da Educação ao

campo da Saúde na questão do não casualmente denominado "diagnóstico e tratamento" dos problemas de aprendizagem.

A origem longínqua desta subordinação está ligada ao aparecimento, no século passado, da bacteriologia, que propiciou a entronização definitiva da Medicina no contexto da racionalidade científica moderna, baseada numa metodologia experimental e calcada na perspectiva de conhecimento, controle e previsão dos fenômenos da natureza.

A possibilidade de diagnosticar os agentes etiológicos das doenças confere ao discurso da Medicina supremacia frente a outros discursos. O que não surpreende, já que ela passa a manipular com autoridade científica, cada vez mais insofismável, o tema de maior transcendência para a existência humana: o das relações entre a vida e a morte.

A mudança de enfoque da Medicina sobre os determinantes do processo SAÚDE/DOENÇA reflete-se, sob a mediação que as necessidades impostas pelo modo de produção capitalista à sociedade, na importância que se passa a atribuir a higidez infantil. O século XIX assiste a constituição da Pediatria como especialidade médica (BADINTER, 1985), e BOLTANSKI (1977) assinala, neste mesmo período, a modificação do discurso da Puericultura, que abandona seu tom opinativo e ganha caráter normativo. Essa modificação, para o autor, coincide com a formulação de uma **aliança** entre a instituição médica e a instituição escolar no sentido de enquadrar o desenvolvimento infantil em regras que permitissem a constituição, em última instância, de uma população saudável, forte, e apta para o trabalho fabril.

A visão que o CMS tem a respeito de seu papel no enfrentamento do fracasso escolar é fragmentada. Por um lado, demarca os limites de sua atuação, impostos pelos condicionantes sociais da problemática. Por outro, aborda a questão social como individual, não hierarquizando as causas. Razão pela qual sobrepoõe o discurso patologizado do sujeito aos fatores eminentemente sociais. Por fim, elabora uma prática antagônica ao seu discurso sobre a natureza social da problemática. Ao invés de produzir uma crítica consistente à medicalização do fracasso escolar, acaba por legitimá-lo, quando o toma como objeto de sua intervenção. O mesmo ocorre em relação à concepção e atuação da psicologia, ao abordar a questão, no discurso, pelo viés do social e, na prática, pela abordagem individual calcada nas noções de privação cultural; o que resulta no fenômeno de psicologização do fracasso escolar.

Na disputa pela caracterização do fracasso escolar, afigura-se o embate entre o discurso da Medicina e o da Psicologia. Essas duas áreas travam uma disputa pela hegemonia na abordagem institucional do fracasso escolar. Ora privilegia-se os fatores biológicos, ora os psíquicos, mesclados aos sociais. Tal dicotomia, entretanto, não é a questão mais substantiva, uma vez que o confronto teórico é atenuado pela visão de "privação cultural", comum às duas áreas. Conclui-se que não há de fato uma controvérsia real, mas uma justaposição de causas.