



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

BÁRBARA APARECIDO BOTELHO

A QUEIXA ESCOLAR SOB OLHAR DO FONOAUDIÓLOGO

Salvador

2018

BÁRBARA APARECIDO BOTELHO

A QUEIXA ESCOLAR SOB OLHAR DO FONOAUDIÓLOGO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Cristina de Oliveira.

Salvador

2018

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Botelho, Bárbara Aparecido.

A queixa escolar sob olhar do fonoaudiólogo / Bárbara Aparecido Botelho. -
2018.

85 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Cristina de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação,
Salvador, 2018.

1. Fracasso escolar. 2. Fonoaudiologia - Aspectos educacionais. 3.
Medicalização. 4. Educação. I. Oliveira, Elaine Cristina de. II. Universidade
Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD 371.285 - 23 ed.

BÁRBARA APARECIDO BOTELHO

A QUEIXA ESCOLAR SOB OLHAR DO FONOAUDIÓLOGO

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação,
Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.

Banca Examinadora

Elaine Cristina de Oliveira (orientadora)_____

Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
Professora adjunta III do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da
Bahia (UFBA)

Lygia de Souza Viégas_____

Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São
Paulo(USP).

Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Maria Lúcia Hage Masini_____

Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo (PUC-SP)

Assistente doutor e docente do quadro de carreira da Faculdade de Fonoaudiologia da
da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

AGRADECIMENTOS

A meus pais, pelo amor incondicional.

A Zé e Zôn por serem a minha sustentação.

A Lucas, pelo amor, paciência e cuidado nesses dias de luta.

Aos meus amigos, por compreenderem as particularidades desse sonho e estarem sempre prontos para um abraço, um colo, uma boa gargalhada, e uma taça de vinho.

À professora Elaine Oliveira, minha querida orientadora, por ter acreditado nos meus sonhos e por ter me ajudado a transformá-los em realidade.

A Dani, companheira de caminhada, que trouxe leveza nos dias difíceis.

Às professoras Lúcia Masini e Lygia Viégas pelas contribuições brilhantes, direta ou indiretamente, nesse trabalho.

Às fonoaudiólogas que fizeram possível essa pesquisa.

A FAPESB, pelo auxílio para a realização dessa pesquisa.

Obrigada, de todo o coração.

E nós com isso? E isso em nós?
Só a luta coletiva mudará as nossas vidas
Coragem, amor, coragem.

Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

BOTELHO, Bárbara Aparecido. A Queixa Escolar sob o olhar do fonoaudiólogo. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

A educação brasileira, inserida em um sistema capitalista injusto, tem sua trajetória marcada por um ensino precário e excludente preocupado em padronizar o processo de aprendizagem, e, como consequência, produziu fracasso escolar. Aos alunos vítimas do fracasso foi atribuída a responsabilização por seu insucesso, decorrente de uma deficiência biológica. Diversos diagnósticos e justificativas médicas foram atribuídas ao fracasso escolar transformando uma questão de cunho social político e histórico em processos orgânicos. Esse fracasso no processo escolar atrelado aos diferentes diagnósticos e a complexa rede de relações entre os atores desse processo: o aluno, a família e a escola, vem adentrando os consultórios fonoaudiológicos com a denominação de queixa escolar. Este estudo teve como objetivo analisar como os fonoaudiólogos compreendem e definem sua atuação clínica com crianças e jovens que apresentam queixas escolares. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com seis fonoaudiólogas que atendem crianças/jovens que apresentam queixas escolares nos serviços públicos e privados da cidade de Salvador/BA. Após a entrevista, os dados foram transcritos, organizados, selecionados e categorizados tendo por base os objetivos propostos neste estudo e o referencial teórico baseado em estudos sobre queixa escolar, fracasso escolar, fonoaudiologia e medicalização. Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise do conteúdo. Os resultados foram divididos em duas categorias semânticas principais: A) Como o fonoaudiólogo compreende a Queixa Escolar e B) Como o fonoaudiólogo atua sobre a Queixa Escolar. As entrevistadas eram todas mulheres, com idades entre vinte e seis e trinta e um anos, atuantes no setor público e privado da cidade de Salvador/BA. As falas das entrevistadas trouxeram posicionamentos distintos quanto a compreensão e atuação com a queixa escolar. Os relatos tinham como base a criança/jovem, a família e a escola e a atuação das entrevistadas junto a esses atores. As falas apontaram questões como a precarização do sistema educacional, a desvalorização do professor, a patologização do processo de aprendizagem, os empecilhos da relação entre profissionais da saúde e educação, subestimação do papel da família na clínica fonoaudiológica, o rompimento com a clínica hegemônica biomédica e individualização dos profissionais da saúde. Questões que foram apresentadas pelo olhar medicalizante e não medicalizante das entrevistadas oscilando a cada ponto discutido, deixando evidente que há uma inconstância na posição ideológica das profissionais em sua compreensão e atuação com a queixa escolar, provocada pela tentativa de ruptura dessas profissionais com a clínica biomédica no entanto, ainda somos capturados pelo sistema capitalista repressor, havendo a necessidade de um movimento de resistência e ruptura constante até que as falas e as experiências partam do mesmo ponto de partida. Conclui-se que é necessário ampliar o debate sobre a queixa escolar e medicalização da educação nos espaços em que a Fonoaudiologia está inserida.

Palavras-chaves: Queixa escolar, Fonoaudiologia, Medicalização, Educação

BOTELHO, Bárbara Aparecido. Speech therapist's point of view about school complaints. Disse Thesis (MS) - Faculty of Education, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

ABSTRACT

Brazilian education, inserted in an unjust capitalist system, has its trajectory marked by precarious and excluding system concerned in homogenize the learning process, and as a consequence, it has produced school failure. Students victims of failure got the blame for it due to a biological deficiency. Several medical diagnoses and justifications were attributed to school failure, transforming a political and historical social issue into organic processes. This failure in the school process linked to the different diagnoses and the complex network of relations between the actors of this process: the student, the family and school, has been entering the speech-language clinics with the denomination of school complaint. This study aimed to analyze how speech therapists understand and define their clinical performance with children and young people who showed school complaints. A semi-structured interview was conducted with six speech therapists who attend children / youths who come up with school complaints at public and private services of Salvador city / BA. After the interview, the data was transcribed, organized, selected and categorized based on the objectives proposed in this study and the theoretical framework based on academic thesis on school complaint, school failure, speech therapy and medicalization. For the analysis of qualitative data, the content analysis technique was used. The results were divided into two main semantic categories: A) How the speech therapist understands School Complaint and B) How speech therapists acts at cases of School Complaint. The interviewees were all women, between the ages of twenty-six and thirty-one, working in public and private sector of the Salvador / BA. The statements of the interviewees brought different conceptions regarding the understanding and action about school complaint. The reports were based on the child /teenagers youth, the family and the school, and the interviewees' actions with these actors. The speeches pointed to issues such as the precariousness of the educational system, the devaluation of the teacher, the pathologization of the learning process, the obstacles to the relationship between health professionals and education, underestimation of the family's role in the speech and language pathology clinic, the break with biomedical hegemonic clinic and individualization of health professionals. Questions that were presented by the medicalizing and non-medicalizing look of the interviewed women oscillating at each point discussed, making it evident that there is an inconsistency in the ideological position of the professionals in their understanding and acting with the school complaint, caused by the attempt to break these professionals with the biomedical clinic however, we are still captured by a repressive capitalist system, and constant resistance and rupture are needed, focusing on making speeches and experiences start from the same place. It is concluded that it is necessary to expand the debate about school complaint and medicalization of education at places where Speech Therapy is inserted.

Key words: School Failure, Speech Therapy, Medicalization, Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 QUEIXA ESCOLAR: A VOZ DO FRACASSO?.....	12
3.FRACASSO ESCOLAR: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA.....	16
4 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL.....	21
5 A FONOAUDIOLOGIA E A CLÍNICA (NÃO) MEDICALIZANTE.....	25
6 PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
6.1 Traçado teórico-metodológico.....	32
6.2 Aspectos éticos.....	33
6.3 Participantes.....	34
6.4 Sobre as entrevistas, a organização dos dados e a forma de análise dos resultados.....	35
7 O OLHAR SOBRE AS FALAS: analisando as entrevistas.....	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE.....	80
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
Apêndice B – Entrevista.....	84

1 INTRODUÇÃO

Pensar na educação é inquietar-se. É deparar-se com uma realidade brasileira de 3,8 milhões de crianças fora da escola, em sua maior parte negros, indígenas, deficientes, moradores da zona rural, do Semiárido, da Amazônia e da periferia dos grandes centros urbanos, e ainda, constatar que 1,3 milhões dessas crianças, entre 15 e 17 anos, abandonaram a escola (IBGE, 2010). Pensar na educação é questionar para quem é essa educação que não alcança a todos e segrega, afasta e fracassa com os sujeitos em prol de um sistema que se alimenta da força, do corpo e descarta o ser e o sentir.

Foi na graduação em fonoaudiologia que me percebi inquieta. Descobri uma clínica que ultrapassa o cuidado com o músculo e a audição e propõe um cuidado para as dificuldades no processo educacional. Cuidar de crianças com queixas escolares no Centro Docente Assistencial em Fonoaudiologia (CEDAF) da Universidade Federal da Bahia, na época da graduação, me fez pensar que esse cuidado, para ter algum efeito, deveria ultrapassar os muros da sala de terapia e alcançar as salas de aula e as famílias. Capturada por essas vivências, me aprofundei nos estudos que se dedicam sobre à fonoaudiologia educacional e fracasso escolar, o que me levou, nos últimos anos da graduação, à construção de um trabalho de conclusão de curso que trazia o olhar das famílias sobre a realidade do fracasso escolar (BOTELHO & OLIVEIRA, 2014).

No estudo citado acima, foram ouvidas cinco famílias de crianças que eram atendidas no CEDAF e que apresentavam queixas de dificuldades na leitura e na escrita. Nessas falas, deparei-me com famílias culpabilizadas socialmente e que acreditavam na total responsabilidade da criança ou do próprio núcleo familiar pelas dificuldades enfrentadas no processo educacional. As falas eram contraditórias e oscilavam entre o discurso hegemônico e cristalizado sobre a criança, como por exemplo: *“Eu acho que o motivo do que ele tem... é da família dele, da mãe biológica dele. Aí passou pra ele sabe? Afetou o cérebro.”* e um discurso bem singular, ligado ao modo como a família compreendia a criança nas relações cotidianas: *“aí ele tem esse déficit de aprendizagem...” Mas quando ele quer, ele faz tudo direitinho, ele lê, ele soletra, recita. Ele é muito inteligente”*. Falas que guardam contradições e exemplificam a imposição do estereótipo atribuído pela sociedade de que a culpa pelo fracasso escolar é da criança devido a problemas biológicos, emocionais e sociais e o quanto a reconfiguração familiar é julgada como grande responsável também.

Pude concluir que é de extrema importância que a Fonoaudiologia (assim como vem fazendo a Psicologia) reflita sobre os determinantes do fracasso escolar, desmistificando,

principalmente para os familiares, a culpa que sentem pelo insucesso dos seus filhos, além de concedê-los o direito de atuar sobre esse processo e de reconhecer que outros fatores, como os políticos e sociais, também influenciam na produção do fracasso escolar (BOTELHO & OLIVEIRA, 2014).

Com a finalização do trabalho, pude ampliar esse debate em diferentes espaços, como foi o caso *IV Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Desver o Mundo, Perturbar os Sentidos*, que despertaram em mim novos olhares e novas possibilidades de leituras sobre a educação, a atuação do fonoaudiólogo (e demais profissionais da saúde e educação) e o processo de medicalização que, somadas as minhas vivências profissionais, me mobilizaram ainda mais, e me inquietaram no sentido de dar novos passos.

Alcansei a pós-graduação e na busca de ampliar novas discussões e saberes sobre o fracasso escolar e sua relação com a fonoaudiologia, tenciono, através deste projeto de pesquisa, inquietar meus pares e todos aqueles que puderem se deparar com as críticas e questionamentos que pretendo trazer. Partindo da perspectiva teórica Histórico-Cutural, o projeto em questão busca questionar como os fonoaudiólogos, dentro dos seus espaços clínicos, recebem a queixa dos seus pacientes, especificamente a queixa escolar e atuam sobre ela, mais especificamente pretendo discutir como a clínica medicalizante e não medicalizante atuam sobre a queixa e o fracasso escolar.

Desta forma, esta dissertação se configura em quatro capítulos teóricos críticos. Após essa Introdução, o capítulo II aborda a discussão sobre queixa, mais especificamente, sobre queixa escolar, e aponta como a queixa é vista pelo profissional de saúde e como, ou em que momento, essa queixa se transforma e se relaciona com o fracasso escolar. O capítulo III traz uma construção histórica sobre o fracasso escolar, desde o início do capitalismo aos dias atuais, em meio a uma sociedade medicalizante, que rapidamente transforma uma queixa em doença. Já o capítulo IV tece um pouco da história da fonoaudiologia, do seu nascimento junto à educação e os diferentes espaços alcançados e, ainda, discute o quanto a história que constitui as práticas fonoaudiológicas é determinante na perspectiva hegemônica de atuação nos dias de hoje. E, finalizando, o V capítulo apresenta uma discussão sobre a clínica fonoaudiológica em duas perspectivas: medicalizante e não medicalizante, e o olhar dessas perspectivas clínicas sobre a queixa escolar.

Os capítulos seguintes se configuram no capítulo VI, que trata do percurso metodológico do projeto subdivido em tópicos pertinentes a pesquisa, tais como o traçado teórico-metodológico, os aspectos éticos, os participantes, e o tópico final sobre as entrevistas, a organização dos dados e a forma de análise dos resultados. No capítulo VII são apresentados

os dados obtidos na coleta, associados a uma discussão teórica e crítica. Para melhor compreensão e coerência com o objetivo da pesquisa proposto, o capítulo foi subdividido em dois tópicos: A) Como o fonoaudiólogo compreende a Queixa Escolar e B) Como o fonoaudiólogo atua sobre a Queixa Escolar, sendo que em cada tópico há outras subdivisões explorando os subtemas referentes a compreensão e atuação com a queixa escolar. O capítulo VIII traz uma discussão sobre as diferenças encontradas nos dados. Finalizando, o capítulo IX apresenta as considerações e debates finais sobre a pesquisa. A pesquisa em questão, constrói-se nessa inquietação sobre a queixa escolar transformada em fracasso e, por vezes, doença, e a responsabilidade da atuação fonoaudiólogo, por vezes, medicalizante.

2 A QUEIXA ESCOLAR: SINÔNIMO DE FRACASSO?

A vivência escolar afeta de forma significativa a vida dos estudantes, ultrapassando as barreiras físicas da escola, adentrando suas relações familiares, afetivas e pessoais (SOUZA, 2014). No Brasil, no ano de 2013, 93,6% da população de 4 a 17 anos encontrava-se na escola (DADOS, 2015), ou seja, apesar de não ser o cenário ideal, visto que a meta é a universalização da educação básica no Brasil, marcando uma realidade de exclusão na educação brasileira, há um número significativo de crianças experienciando a realidade escolar, vivência esta que cravará marcas inapagáveis na sua formação como sujeito.

Relações e vivências conflituosas fazem parte desse processo, principalmente quando os padrões e normas pretendidos dentro do sistema educacional forçam um aprendizado e comportamento únicos. Quem foge desse padrão idealizado fracassa e é visto como um erro que precisa de conserto. As consequências desse processo atingem não só o aluno, mas também os demais envolvidos: a família e a escola (SOUZA, 2014). A própria escola tem um padrão de ensino adequado para a formação de um aluno ideal, então, o aluno que não se adapta à forma de ensino-aprendizagem proposta é caracterizado como doente ou incapaz (PATTO, 2015).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) em uma pesquisa longitudinal de acompanhamento dos estudantes, brasileiros durante o período de 2007 a 2015, observou-se que, entre os anos de 2014 e 2015, 12,9% dos alunos matriculados na 1ª série do Ensino Médio e 12,7% dos alunos matriculados na 2ª série do Ensino Médio, evadiram da escola, Somando todas as séries do ensino médio, o total de alunos que evadiram a escola chega a 11,2%. Quanto a repetência escolar, as séries mais marcantes são a 1ª série do ensino médio com 15,3%. E o 6º ano do ensino fundamental, com taxas de 14,4% (INEP, 2017).

A queixa escolar surge em meio a essa fracassada experiência no processo educacional, definindo-se como demandas propostas por pais, professores e coordenadores pedagógicos sobre as dificuldades do estudante no processo escolar, manifestando ali a expressão de sofrimento diante do processo de escolarização, protagonizada pelos principais atores nesse processo: a criança/jovem, a família e a escola (SOUZA, 2014).

A Psicologia é precursora no debate sobre o tema da queixa escolar, especialmente dentro das áreas da Psicologia Escolar e Educacional. A profissão passou a ter um olhar crítico sobre a educação a partir de 1980, quando passou a questionar a formação do psicólogo e a sua atuação frente ao processo educacional ainda voltado para uma clínica tradicional e biologizante. Esta mudança teve como ponto de partida o trabalho da psicóloga Maria Helena

Souza Patto, intitulado *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar (1981)* que questionava a atuação clínica descontextualizada e culpabilizante do psicólogo frente a educação (SOUZA, 2009). Desde então, diferentes estudos ampliaram as discussões no âmbito da Psicologia Educacional e, sob uma perspectiva crítica, buscaram estabelecer uma atuação psicológica que questionasse e revertesse espaços produtores de fracasso escolar (SOUZA, 2014).

Para a atuação com a queixa escolar, a Psicologia Educacional, dentro da perspectiva teórica sócio-histórica/crítica, buscou reconfigurar a atuação frente à queixa, ainda pautada em uma clínica tradicional, que considerasse a singularidade do sujeito e a complexidade das suas relações sociais para além do seu núcleo familiar. As psicólogas Cintia Copit Feller e Beatriz de Paula Souza, integrantes do Serviço de Psicologia Escolar da USP desenvolveram uma abordagem de atendimento psicológico chamada de *Orientação à Queixa Escolar*, que acredita na queixa escolar como consequência da rede de relações entre escola, criança e família tendo como ponto central o processo de escolarização. Para uma melhor abordagem à queixa, as psicólogas apontam a importância de acolher e problematizar a fala de cada ator envolvido, promovendo uma circulação das informações obtidas na própria rede, mobilizando-os e emponderando-os de modo a superar a queixa (SOUZA, 2014).

A Fonoaudiologia, em sua atuação clínica com a linguagem, compreende a queixa como a porta de entrada para uma busca de sinais e sintomas característicos de patologias fonoaudiológicas. Trocas fonéticas/fonológicas, gagueira, omissão de letras na escrita, alterações de comportamento, entre outras, tornam-se o foco do processo avaliativo fonoaudiológico (GENTIL, 2016), que pautado na clínica médica, analisa a linguagem apenas pelos seus aspectos formais associando-a a parâmetros biológicos e patológicos (JÚNIOR et al 2016). Ao profissional fonoaudiólogo cabe realizar uma avaliação completa e detalhada direcionada às demandas físicas/comportamentais do sujeito, muitas vezes desconsiderando questões complexas e relevantes do meio em que este sujeito se insere (BARROS, 2012).

Temos muitos estudos publicados sobre a relação entre a Fonoaudiologia e a Educação, no entanto, a maioria não tem uma preocupação em definir o que compreende por Queixa Escolar como faz a Psicologia Escolar, há um bom tempo. Desta forma, a definição da queixa escolar parte da construção de queixa, de uma forma geral, associada às demandas vinculadas ao processo de aprendizagem (BERBERIAN, 1995, 2003; GIROTO, 2002; GENTIL, 2016), ou seja, deixando subentendido, que para a Fonoaudiologia, a queixa escolar é a incapacidade da criança sobre o processo de aprendizagem, manifestada como distúrbio ou transtorno de leitura e escrita. Assim como na Psicologia hegemônica de um tempo atrás, a queixa para uma

boa parte da fonoaudiologia, ainda hoje, é interpretada de um modo que reproduz e intensifica o olhar culpabilizador sobre o fracasso escolar para o aluno e a sua família, menosprezando questões sociais, políticas, econômicas, culturais e históricas inerentes à constituição do sujeito, principalmente, no processo escolar (SOUZA, 2014).

Cerca de 50 a 70% das crianças que procuram os consultórios fonoaudiológicos e psicológicos referem uma dificuldade de aprendizagem ou de comportamento dentro da escola (CABRAL & SAWAYA, 2001). Esse encaminhamento é feito por professores, coordenadores e/ou especialistas da educação ou da saúde que indicam o atendimento à criança como solução para problemas como dificuldades de aprendizagem, repetência e até evasão, e ainda, alegam que as crianças são indisciplinadas, desinteressadas, têm dificuldades de atenção, e que a desorganização familiar e as péssimas condições de vida são os principais responsáveis por esse comportamento da criança (OLIVEIRA, BRAGANOLO & SOUZA, 2014).

Em um estudo produzido por Souza (1997, apud SCORTEGAGNA & LEVANDOWSKI, 2004), ao entrevistar professores e coordenadores pedagógicos, cerca de 92,5% dos profissionais afirmaram que o fracasso escolar era decorrente de problemas emocionais ou neurológicos das crianças; 22% acreditava que era resultado de irregularidades no sistema educacional e 7,5% considerava que era devido a problemas de funcionamento da escola. Esses dados demonstram o quanto os professores e coordenadores veem o fracasso dos seus alunos como de total responsabilidade dos mesmos, isentando a própria escola de qualquer compromisso nesse processo (SCORTEGAGNA & LEVANDOWSKI, 2004).

E qual o sentido da queixa para o seu porta-voz? Um estudo apresentado por Trautwein & Nébias (2006) deu voz a alunos com história de fracasso no processo de aprendizagem, questionando-os sobre a queixa endereçada a eles nos serviços de psicologia. As falas se basearam em sentimentos de desafio, decepção e desrespeito e, de forma paradoxal, os alunos afirmavam acreditar na sua responsabilidade pelo fracasso e ao mesmo tempo relatavam acreditar na sua potencialidade para progredir na escola.

Esses dados só comprovam o quanto o estigma sobre o fracasso escolar é reproduzido pelos principais atores desse processo, por serem manipulados por um sistema repressor e injusto que ausenta a sua culpa ao culpabilizar a vítima (PATTO, 2015). E, ainda, o quanto esse olhar sobre a fala da criança pode ser considerado um dos primeiros passos para “desdoentizá-la”, ou seja, é preciso compreender quais os acontecimentos enfrentados pela criança no processo educacional antes de julgar e determinar que o seu comportamento e o seu aprender são consequências de uma patologia (TRAUTWEIN & NÉBIAS, 2006).

É preciso construir olhares despatologizados sobre o processo do fracasso escolar e espaços contra hegemônicos que rompam com os estigmas que permeiam as relações dos atores desse processo e assim seja viável uma realidade não medicalizante para a educação e a sociedade.

3 FRACASSO ESCOLAR: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

O fracasso escolar pode ser caracterizado como um processo psicossocial complexo atrelado ao processo ensino-aprendizagem, tendo como consequência episódios de evasão e/ou reprovação escolar, determinados pelas relações sociais, econômicas e políticas da sociedade, tecendo-se junto ao surgimento do capitalismo no século XIX (PATTO, 2015).

O século XIX, marcado de forma significativa pela revolução política francesa e a revolução industrial inglesa, apresenta uma nova maneira de organizar a vida social através da passagem conturbada do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista: quase extinguiu a monarquia; depôs a nobreza e o clero do poder econômico e político; trouxe a população rural aos centros industriais gerando, assim, grandes centros urbanos e trouxe ao poder uma nova classe dominante, a burguesia (PATTO, 2015).

No Brasil, essa implantação industrial se apresentou de forma tardia, em meio à forte economia cafeeira da época, que ainda resistia em tentar se desvincular do trabalho escravo. Um número grande de pessoas (que seriam escravizadas) foi importado da África para o Brasil. Apenas em 1850 foi aprovada lei que extinguiu o tráfico de escravos, iniciando assim um “novo liberalismo” focado no trabalho assalariado e na abolição da escravatura (PATTO, 2015).

Aos poucos o país assumiu uma população de grande heterogeneidade racial e cultural, presa a uma sociedade capitalista desigual, o que provocou na classe intelectual a ideia de transformar a sociedade em um espaço igualitário, dando à escola a missão de, através da alfabetização, alcançar esse ideal e, conseqüentemente, uma unificação nacional ao propor uma instrução pública universal e obrigatória a todos os cidadãos. Porém, diante da realidade social a concepção de escola logo mudou, passando a ser reconhecida como uma instituição “redentora da humanidade”, que tinha o intuito de padronizar e adequar a população aos parâmetros da elite capitalista da época. A escola seria o centro de controle e regeneração dessa população desajustada e a sua preparação para os ofícios trabalhistas (PATTO, 2015).

Essa concepção de escola como unificadora da sociedade passa a ser considerada pela classe média e elites emergentes como forma de ascensão aos prestígios sociais. A classe trabalhadora entendia a educação escolar como oportunidade de sair do trabalho braçal e desvalorizado e adquirir boas condições de vida. Apesar dessa nova concepção pela população, havia uma relação desigual da educação, na qual as escolas com ensino de qualidade eram direcionadas à elite emergente e, conseqüentemente, a parte marginalizada, a população trabalhadora, detinha de péssimas condições educacionais (ASBAHR; LOPES, 2006).

A partir da Primeira Guerra Mundial, chega ao fim a ideia de que a escola gratuita e obrigatória seria redentora da sociedade, coloca-se em evidência uma sociedade meritocrática. No início do século XX, os liberais passam a crer que a escola teria a função de construir uma sociedade mais igualitária e democrática, na qual os espaços sociais seriam alcançados por mérito próprio. Para a psicologia científica ficou o papel de identificar e analisar esses perfis individuais e as suas diferenças (PATTO, 2015).

Nesse momento, com a adesão da sociedade ao anticlericalismo e ao cientificismo surgem as Teorias Racistas caracterizadas pelo *cientificismo ingênuo e o racismo militante*. No *cientificismo ingênuo*, presente nos primeiros anos do século XIX, as etnias eram consideradas fisiologicamente e anatomicamente desiguais e, conseqüentemente, cognitivamente distintas, ou seja, os negros eram considerados psiquicamente inferiores aos europeus. Para o *racismo militante* os antiescravistas da época defendiam a abolição da escravatura pelo ideal de que a escravidão gerava uma imoralidade à suposta raça branca, sendo um modelo menos rentável que o trabalho assalariado (PATTO, 2015). Já a *teoria da genialidade hereditária* se baseava nos estudos da psicologia científica que ressaltavam a possibilidade de medir a capacidade intelectual a partir da carga hereditária do indivíduo e preconizava que as aptidões humanas são herdadas, assim como as questões físicas. Uma questão abordada na época era que a oportunidade de ascensão às classes economicamente favorecidas estava disponível para toda a sociedade, porém, apenas os que possuísem uma capacidade intelectual poderiam usufruir desta oportunidade (PATTO, 2015).

Essas teorias são tentativas de justificar as diferenças entre indivíduos, principalmente no processo de aprendizagem, assim como as ideologias trazidas por Soares (1986): a Ideologia do Dom que afirmava o fracasso como incapacidade inata do aluno em aprender; a Ideologia da Deficiência Cultural que acreditava em uma cultura inadequada e carente de informações atribuída às classes desfavorecidas economicamente; e a Ideologia das Diferenças Culturais que atribuía a valorização apenas de uma cultura popular pela escola, marginalizando e discriminando outras.

A partir do histórico da educação, permeada pelas diferentes teorias e ideologias acerca do aprendizado, diversos pesquisadores, principalmente da educação e da psicologia, buscaram identificar os fatores que estariam diretamente associados ao péssimo desempenho escolar da criança: a família, a escola e o próprio aluno (FERRIANI & IOSSI, 1998). Ferriani & Iossi (1998); Asbahr & Lopes (2006) e Collares & Moysés (2010) identificaram uma responsabilização pelo insucesso escolar ligado a família e ao aluno, tal insucesso sendo atribuído tanto pelos professores quanto pelos próprios alunos e familiares. À família é atribuída

a culpa pelo insucesso escolar da criança, por questões como: violência doméstica, a não valorização e omissão dos pais diante da escola e por estes passarem muito tempo fora de casa (ASBAHR & LOPES, 2006).

Ou seja, as famílias que não se adaptam às características impostas de “normalidade”, são consideradas famílias desajustadas, formadoras de indivíduos desajustados que sofrerão o fracasso escolar. No entanto, as famílias são instituições que variam conforme as mudanças históricas da humanidade e a busca em estabelecer um padrão para a constituição do núcleo familiar desencadeia atitudes preconceituosas e excludentes (COLLARES; MOYSÉS, 2010). Segundo Couto (2010), com as mudanças culturais e sociais, estão ocorrendo mudanças nos estilos de vida e familiar, ou seja, está ocorrendo uma dissolução no que se denominava como “família tradicional”. A transformação do núcleo familiar trouxe diferentes posições aos papéis de pai e mãe, criando novas alianças e impasses e transformando a criança no sujeito central do núcleo familiar. No entanto, mesmo com as evidentes transformações do núcleo familiar ainda há uma valorização da família tradicional, desconsiderando a legitimidade das novas dinâmicas familiares, sendo assim apontadas como causadoras do fracasso escolar.

Já a escola, considerada a segunda instituição formadora do sujeito, segundo Souza (2015), é vista como um espaço de contradições e paradoxos no qual atuam forças capazes de produzir fracasso e sofrimento e, ao mesmo tempo, aprendizado e amor. Quando questionado o fracasso escolar, observa-se uma culpabilização dos professores ao caracterizá-los como incompetentes, formadores ruins, egoístas e sem compromisso com os alunos. O aluno e a família deixam de ser os únicos culpados pelo baixo rendimento escolar e a atuação do professor começa a ser questionada.

Porém, questões muito mais complexas, além do papel do professor, deixam de ser levadas em consideração, como a desigualdade do ensino dentro do sistema educacional brasileiro, as condições precárias da infraestrutura das escolas, as dificuldades materiais e de formação de qualidade aos professores para ministrar as aulas e a falta de um projeto pedagógico adequado à realidade social brasileira. Estas características são principalmente atribuídas às escolas públicas, as quais sofrem com o descaso e o pouco investimento do governo (PASIAN, VELTRONE & CAETANO, 2012).

Somando-se a essa realidade estrutural e de gestão, questiona-se a realidade trabalhista atual dos professores dentro do sistema educacional brasileiro, no qual questões como a implementação de políticas públicas na Educação de forma autoritária pelo governo, desqualificação dos saberes dos educadores, péssimas condições de trabalho, baixa remuneração, entre outros, associada a uma realidade educacional que busca uma padronização

de conhecimentos e de indivíduos, corrobora com uma pedagogia excludente, preconceituosa e que responsabiliza não só o aluno e seu núcleo familiar pelo fracasso, mas também o professor (SOUZA, 2015).

A culpa do aluno é associada às questões de ordem biológica e/ou psicológica. Problemas neurológicos, distúrbios de aprendizagem e distúrbios de comportamento são conferidos aos alunos e justificados como os determinantes do seu insucesso escolar (COLLARES & MOYSÉS, 2010). Patto (2015) afirma que esse olhar biologizante para o aluno vem desde as primeiras tentativas de explicar o fracasso escolar, no início do século XIX, em que as ciências biológicas e biomédicas carregadas de pressupostos racistas e elitistas afirmavam que as crianças que não aprendiam eram tidas como “anormais” e tinham alguma causa orgânica hereditária. As ciências médicas acreditavam que deveriam padronizar, normatizar o sentido de saúde e, então, propor um homem ideal e todo o indivíduo que fosse contrário ao estipulado socialmente seria considerado doente e anormal (COLLARES & MOYSES, 2014).

Essa biologização parte das ideias deterministas, para as quais os processos da vida são determinados pelo aspecto biológico que não se relacionariam com o ambiente, o que inclui o processo educacional, já que essas ideias reduzem o aluno a um corpo fisicamente e/ou mentalmente doente e o torna responsável pelo seu próprio fracasso no processo escolar (COLLARES & MOYSES, 2014).

É com esse olhar biologizante que passa-se a patologizar¹ o diferente às normas sociais, uma vez que dentro de um sistema capitalista que projeta indivíduos anônimos, normalizadores, padronizados, que só se relacionam dentro de um sistema hierárquico, tudo o que foge ao padrão pretendido é visto como anormal e patológico (SARAIVA, 2015). É por esse caminho que, dentro dos consultórios fonoaudiológicos, médicos e psicológicos, o fracasso escolar vem ganhando justificativas e etiquetas como: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiante Opositor (TDO), Transtorno Bipolar, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Aprendizagem, Dislexia (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2016), Síndrome de Meares-Irlen (FARIA, 2011), dentre outros.

Há um crescente “adoecer” social, ou seja, uma medicalização da sociedade na qual processos naturais da vida humana estão sendo identificados e caracterizados como consequência orgânica. As instituições e os seus profissionais têm se tornado exímias

¹Patologizar é transformar questões complexas e naturais da vida humana em doença (OLIVEIRA, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016). Ressalta-se que para os autores patologizar é parte de um processo mais amplo: a medicalização.

“máquinas de rótulos”. Diagnósticos são fechados com o mínimo de informações coletadas partindo de ideias equivocadas sobre a relação normal/patológico. Não há volta ao diagnóstico traçado e iniciam-se os caminhos da cura (COLLARES & MOYSES, 2014).

Essa busca de uma normatização da população é uma construção sócio-histórica para a sociedade e para as profissões da saúde que nela se constituíram. O fazer médico surge da ideia de uma clínica que curaria e identificaria as anormalidades físicas e mentais “limpando” a sociedade. Essa ideia de controle social invade não só os espaços de saúde, mas também as escolas, de forma que é dentro de suas paredes que surgem as primeiras práticas fonoaudiológicas fruto de ideias patologizantes enraizadas em sua atuação até hoje (BERBERIAN, 1995).

4 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL

Historicamente, a fonoaudiologia surge dentro de um contexto político e social conturbado. No final do século XIX, o país encontrava-se no fervor do aparecimento das indústrias, e um grande número de imigrantes e migrantes brasileiros aglomerava-se nas grandes cidades em busca de trabalho. Essa população, conseqüentemente, buscava espaços que valorizassem e preservassem a sua cultura e a sua língua, o que acabou despertando um incômodo na elite brasileira, que passou a acreditar na presença deles como uma ameaça aos reais costumes brasileiros. Intelectuais, políticos e técnicos uniram-se por ideias biológicas e organicistas para enfrentar o que acreditavam ser um problema social (BERBERIAN, 1995).

Foi proposto então o processo de unificação social nos campos da saúde, educação, moral, cultura e organização racional do trabalho. A escola foi eleita o principal lugar para tratar todos os problemas sociais, partindo da proposta de unificação da língua, pois, acreditava-se que variações dialetais presentes na fala dos imigrantes eram desordens ou distúrbios da linguagem e que estava reproduzindo-se no restante da população. Os professores, então, passaram a se preocupar com a língua dos seus alunos e o quanto ela poderia estar interferindo no processo de aprendizagem. Os professores, desse modo, assumem a responsabilidade de eliminar os distúrbios da linguagem e, aos poucos, tornam-se terapeutas da linguagem (BERBERIAN, 1995).

Esses professores que se encarregavam da correção da fala eram conhecidos como “ortofonistas” e tinham uma formação de base de magistério, que se complementava com um curso técnico de aproximadamente 3 meses para tratar dos distúrbios da comunicação. Dessa prática dos “professores-terapeutas” é que surgem as primeiras práticas fonoaudiológicas (BACHA & OSÓRIO, 2004).

Em 1960, criou-se os primeiros cursos em Logopedia, na Universidade de São Paulo (USP) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) organizado por médicos e psicólogos. Porém, exigia-se que os candidatos tivessem formação prévia como professor para que auxiliasse os psicólogos nos diagnósticos dos problemas escolares. Em 1971 foi criado o curso de “Fonoaudiologia” da Universidade Federal de Santa Maria - RS. E em 9 de Dezembro de 1981, através da lei 6.965, o Deputado Otacílio de Almeida regulamenta a profissão de fonoaudiólogo e determina que:

Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.

Apesar das influências da educação, a profissão foi aproximando-se da área médica e traçando uma proposta reabilitadora de atuação, partindo para atendimentos individualizados em consultórios particulares e clínicas reabilitadoras. Seu atendimento era voltado para a atenção a doença e os distúrbios da comunicação. Esse serviço era direcionado a verificação de sintomas através de testes e exames fonoaudiológicos que pudessem classificar os indivíduos em doentes e saudáveis e, assim, iniciar o processo curativo. Neste período apenas as classes mais providas financeiramente tinham acesso aos serviços de saúde voltados a uma atuação reabilitadora e curativa, centrada numa concepção de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, em que a saúde era vista como algo inatingível e inacessível a maioria das pessoas, propondo um sistema de saúde elitista e excludente (PENTEADO & SERVILHA, 2004).

Em 1970, o fonoaudiólogo retorna à escola, buscando ampliar seu campo de atuação, exercendo uma atuação clínica, ao realizar triagens e avaliações nos estudantes determinando quem seria capaz ou não de aprender, e assim, quem seria tratado pelo fonoaudiólogo no próprio ambiente escolar (OLIVEIRA & TEIXEIRA & SANTOS, 2014).

Em 1988, a Constituição Brasileira determinou que a saúde deveria ser garantida a todos os cidadãos e em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A população passou a ter acesso amplo aos serviços de saúde e a Fonoaudiologia passa a entrar nos centros de saúde e a inserir-se na atenção primária. Esse novo espaço, provocou no profissional a necessidade de ampliar seu olhar e atuar sobre a realidade no cuidado à saúde, desprendendo-se de uma atuação individualizada reabilitadora, para uma atuação coletiva, focada em estratégias de prevenção e promoção à saúde (MOREIRA & MOTA, 2009).

Com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, iniciou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolidando e qualificando a atenção básica, a qual defende a ideia da família como parte essencial no processo de cuidado à saúde somado ao apoio profissional, ao conhecerem as complexidades e singularidades dessas famílias. A equipe básica de atuação é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O fonoaudiólogo, como outros profissionais da saúde, pode ser inserido na equipe, após análise de necessidade de cada território, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que teria como objetivo ampliar a oferta de práticas integrativas e tecnológicas a ESF (MOLINI-AVEJONAS & MENDES & AMATO, 2010).

A fonoaudiologia insere-se de forma mais consistente na atenção primária através do NASF, encontrando ali, seu maior campo de atuação e responsabilizando-se por ações de cuidado em aproximadamente noventa por cento dos agravos à saúde. De forma geral, a atuação da Fonoaudiologia no SUS é bastante extensa e requer desde estratégias apoiadas em distintas tecnologias ao trabalho voltado para ações de promoção e prevenção da saúde em pessoas ou grupos sociais (MOLINI-AVEJONAS & MENDES & AMATO, 2010).

O Programa de Saúde na Escola (PSE) criado em 2007, vinculado ao Programa de Saúde da Família, em parceria com a Unidade Básica de Saúde, NASF e profissionais da educação, que realiza ações de prevenção e promoção a saúde educacional, viabilizou uma maior atuação fonoaudiológica na escola voltada a triagens e encaminhamentos extraescolares (CARTILHA SUS, 2016).

Em 2001, foi publicado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia a resolução nº 274, sobre a atuação fonoaudiológica na triagem auditiva escolar. Com o aumento de publicações e discussões frente a atuação fonoaudiológica na escola, em 2010, o Conselho Federal de Fonoaudiologia foi impulsionado a reconhecer a fonoaudiologia escolar como uma área de especialidade², cabendo ao fonoaudiólogo desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção, na própria instituição de ensino, de forma integrada ao planejamento educacional, e, se necessário, a realização de encaminhamentos extraescolares, tendo como objetivo principal a criação de favoráveis condições para o desenvolvimento e aprendizagem de todos os alunos (RESOLUÇÃO, 2010).

Com a resolução 309 de 2005 pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, ficou proibida a atuação clínico-terapêutica no ambiente escolar, seja na educação infantil, ensino fundamental, médio ou superior, propondo assim uma atuação voltada na elaboração, acompanhamento e execução de ações educacionais que estimulassem o processo de ensino-aprendizagem (RESOLUÇÃO, 2005). Com isso, possibilitou ao fonoaudiólogo alcançar diferentes caminhos de atuação, ao inserir-se na equipe educacional e participar dos planejamentos pedagógicos e institucionais agregando seu conhecimento específico quanto ao processo de aprendizagem e aquisição/desenvolvimento da linguagem oral e escrita.

Apesar do campo educacional ter sido o precursor da Fonoaudiologia, o campo biomédico capturou a profissão direcionando o profissional para um olhar curativo e

² A criação da Fonoaudiologia Educacional como uma área de especialidade da Fonoaudiologia não foi algo unânime pelos profissionais na época. Pois acreditava-se que a profissão estava hiperespecializando-se, fragmentando conhecimentos interligados no mesmo processo, como a Linguagem e a Educação, gerando um olhar fragmentado também sobre o sujeito.

reabilitador, ficando seu reconhecimento concretizado na área da saúde. Hoje em dia, no Brasil, existe aproximadamente quarenta e dois mil e quatrocentos e vinte fonoaudiólogos atuantes na profissão dentro das onze áreas reconhecidas pelo CFFa: audiologia, linguagem, motricidade, saúde coletiva, voz, disfagia, fonoaudiologia educacional, gerontologia, fonoaudiologia neurofuncional, fonoaudiologia do trabalho e neuropsicologia, (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2017).

A atuação fonoaudiológica, em grande parte, ainda é sustentada pelas raízes profundas da clínica biomédica, geradas desde os primeiros indícios da profissão no final do século XIX. Essa práxis fonoaudiológica fragmentada em tantas áreas de atuação e com ideias tão marcadas pelas áreas de medicina e psicologia, ao propor seus diversos instrumentos, ferramentas e estratégias terapêuticas caminham para um olhar também fragmentado sobre o paciente. É essa bagagem histórica, tão profunda e tão presente, que captura o fonoaudiólogo e sustenta suas ações em estratégias patologizantes e reducionistas e que provoca aos transgressores desse processo a necessidade de pensar a clínica por outros olhares (BARROS, 2012).

5 A FONOAUDIOLOGIA E A CLÍNICA (NÃO) MEDICALIZANTE

O surgimento da clínica, no século XIX, veio de uma trajetória histórica de submissão e poder dentro de uma sociedade pós-industrial, na qual a disciplina era o meio de controle social e, com isso, surge a necessidade de vigiar as reações comportamentais e sentimentais dos trabalhadores, para evitar prejuízos futuros. A busca de controle sob o sujeito evoluiu para o processo saúde-doença-cuidado e, aos poucos, questões relacionadas ao comportamento e emoções humanas foram sendo capturadas e transformadas em doença. O sujeito foi se destituindo e se transformando em paciente (FOUCAULT, 1998).

Os sintomas, sejam de cunho físico ou emocional, deixaram de ser uma representação de resolubilidade de um problema do sujeito com o mundo, inerente ao mesmo e passou a ser a característica de uma patologia. O sujeito torna-se apenas o detentor de um corpo composto por órgãos e tecidos, pronto aos experimentos e investigações médico científicas (FOUCAULT, 1998).

A clínica torna-se, então, o espaço para identificar esses sintomas e compreender as possíveis patologias que cercam o organismo. Não se preocupa mais em questionar ao sujeito o que ele sente, o que levaria a uma resposta inteiramente pessoal e subjetiva, mas passa-se a buscar dados mais empíricos sobre *onde* e o *que* lhe dói, ou seja, a busca passa a ser localizacionista, em que as causas e singularidades patológicas são objetivamente identificadas no corpo (FOUCAULT, 1998).

Quaisquer informações “supérfluas” aquém do que lhe deseja saber para a identificação da doença, como idade, fala, temperamento, disposição e demais informações acerca do sujeito eram descartadas para não interferir no processo diagnóstico. Como relata Foucault (1998): “O paciente é apenas um fato exterior em relação aquilo que se sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.”

Para Foucault, essa medicina moderna, desvinculada da preocupação do atendimento individual, tem como objetivo a preparação do indivíduo como força de trabalho, controlando assim todas as manifestações biológicas, até estende-las aos seus aspectos comportamentais e ideológicos, buscando manter um padrão de indivíduos que fossem altamente produtivos. Aos poucos a medicina, minunciosamente, vai exercendo mais e mais controle sobre o individual e coletivo, em todos os aspectos da vida (GAUDENZI & ORTEGA, 2012)

A vida passa a ser *medicalizada*! Apesar do termo só ter sido empregado em 1960, a medicalização social já era algo vivo e pulsante nas camadas sociais. Estudiosos como Ivan Illich e Michael Foucault foram precursores nesse debate ao questionarem o controle social

pelos educadores-terapêuticos que, com base nos conhecimentos médicos, limitariam questões naturais à condição humana em doença (OLIVEIRA, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016).

Diferentes pesquisas no campo da saúde e educação brasileira foram ampliando o debate e o conhecimento do tema. Pesquisadoras como a psicóloga Maria Helena Souza Patto, a pedagoga Cecília Collares e a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés, incorporam o debate sobre a medicalização na educação questionando aspectos altamente complexos como o fracasso escolar (OLIVEIRA, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016).

A partir de toda essa contribuição teórica, a Medicalização passa a ter uma definição clara e consistente, como sintetiza Oliveira, Harayama e Viégas (2016):

No que concerne à definição propriamente dita, explicita que Medicalização envolve uma forma de interpretar os fenômenos da vida que, aderida à ideologia dominante, desconsidera sua complexidade, reduzindo tudo a características individuais, não raro, vistas como se fossem de determinação orgânica (p.102)

A clínica medicalizante de hoje é a mesma clínica apontada por Foucault no início do século XIX, ampliada a todas as demais áreas da saúde, extrapolando a clínica médica, como é o caso da Fonoaudiologia. Ao conhecer o traçado histórico da clínica fonoaudiológica, compreende-se as suas raízes biologizantes e o quanto esse aspecto ainda predomina na sua atuação. As ideias normativas da Medicina e da Psicologia alcançaram a língua/linguagem determinando um viés corretivo, que pautou os caminhos da profissão e construiu uma clínica fonoaudiológica voltada para uma perspectiva curativa (MASINI, 2004). A Fonoaudiologia, então, insere-se na clínica tradicional-hegemônica, que se baseia nas ideias médico-biologicistas fundamentadas em estudos positivistas buscando “avaliar, quantificar e, assim, generalizar a forma de funcionamento da linguagem” (BARROS, 2012).

O objeto da atuação fonoaudiológica passa a ser um corpo composto por músculos e órgãos, que distancia-se do corpo do discurso, não tão previsível e palpável assim. Dentro da clínica, o fonoaudiólogo foca sua atuação no aspecto anatômico e fisiológico e distancia-se do que deveria ser o verdadeiro objeto de sua intervenção: o sujeito e o seu *corpo-sentido*³. Inicia-se assim uma busca diagnóstica baseada em protocolos e testes avaliativos padronizados que excluem a realidade social, política, econômica e institucional do sujeito (MASINI, 2004). A clínica fonoaudiológica da linguagem é marcada por essa busca objetiva de sinais e sintomas que terminam conduzindo a patologia, pois estas são tratadas “a partir de uma medida

³ O *corpo-sentido* para Barros (2012) é um sujeito que através do seu corpo atribui sentido de forma discursiva sobre o seu sofrimento, sobre o que o levou ao atendimento fonoaudiológico.

cronológica e quantitativa, de maneira que, qualquer indício de fuga à ‘norma’, é automaticamente concebido como desvio, distúrbio ou déficit.” (GENTIL, 2016, p. 222). Essa abordagem avaliativa em grande parte, focaliza situações muitas vezes distantes das relações em que o sujeito se circunda (BARROS, 2012). A partir do processo avaliativo, o fonoaudiólogo traça atividades para adequação dos aspectos orgânicos ou dos elementos linguísticos que ele julga serem indispensáveis para a constituição de uma comunicação adequada e padronizada (MASINI, 2004).

Ou seja, essa clínica é medicalizante! Pois desconsidera complexidade da vida de cada sujeito que chega em busca de uma escuta qualificada e só leva em consideração o corpo e uma possível patologia. Não se nega a existência de problemas físicos, neurológicos e psicológicos que necessitam de um atendimento e cuidado, porém, mesmo esse sujeito que adoece, necessita de um olhar singular e uma escuta atenta para além do corpo (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014).

É essa clínica patologizante que acolhe as queixas escolares (na clínica ou na escola) e reproduz os estigmas sociais sobre o processo educacional e sobre o fracasso escolar. Atribui diagnósticos baseados no olhar sobre o corpo e passa a justificar o “não aprender” devido a patologias como déficits de processamento auditivo, visual e fonológico, por exemplo, e desconsidera a singularidade do sujeito, suas referências sociais e culturais e o próprio processo de aquisição da leitura e escrita que ocorre de forma irregular (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014). Esses rótulos, geram implicações além do espaço clínico, e acompanham o sujeito por outras esferas da sua vida, causando marcas irreparáveis (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2016).

Muitas das crianças que chegam nos consultórios fonoaudiológicos carregam em si o sofrimento das experiências fracassadas no processo escolar e reproduzem no contato clínico, a dor e a revolta de sua relação com a leitura e a escrita. O fonoaudiólogo, preocupado em atribuir “conserto” ao que se manifesta em seu consultório, contribui para a perpetuação dessa relação fracassada da criança com a escola, dando mais voz aos estigmas culpabilizantes do fracasso escolar (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014).

Há uma necessidade latente de pensar a formação e construção das práticas clínicas fonoaudiológicas diante do olhar medicalizante sobre a educação (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014). Rompendo com o ambiente hostil, preconceituoso e reduzido, criando espaço de acolhimento ao sofrimento e dificuldades, ao levar em consideração o processo individual e pessoal de cada sujeito no processo de aprendizado da escrita. É romper com a culpabilização

dos pais, alunos, professores e comunidade escolar e “problematizar questões socioculturais para que possamos transformá-las” (PERROTA, 2014).

Para a construção de uma clínica *não* medicalizante, a ressignificação dos conceitos de *linguagem e sujeito* são de suma importância. Dentro dessa clínica, a linguagem é vista como algo constitutivo do sujeito, construída a partir de suas relações interpessoais e sociais, que se modificam continuamente (MASSI & SANTANA, 2011). Oliveira e Pereira (2010) citam a definição de Franchi (1987):

A linguagem é ela mesma um trabalho pelo qual, histórica, social e culturalmente o homem organiza e da forma a suas experiências. Nela se produz, do modo mais admirável, o processo dialético entre o que resulta na interação e o que resulta da atividade do sujeito na constituição dos sistemas linguísticos, as línguas naturais de que nos servimos. (p.12).

Partindo deste olhar sobre a linguagem, consideramos o *sujeito* como um ser histórico e cultural, permeado por essa linguagem, que ao mesmo tempo que o constitui é materializada por ele, ou seja, como ressalta Geraldí (1991 apud OLIVEIRA & PEREIRA, 2010, p.240):

[...] os sujeitos se constituem como tais à medida que interagem com os outros, sua consciência e seu conhecimento de mundo resultam como ‘produto’ deste mesmo processo. Neste sentido, o sujeito é social já que a linguagem não é o trabalho de um artesão, trabalho social e histórico seu e dos outros e é para os outros e com os outros que ela se constitui (p.6).

Desta forma, à Fonoaudiologia cabe compreender que o seu objeto de trabalho é algo além de sinais e sintomas (patológicos) da fala, mas é, na verdade, a complexa e complicada relação da linguagem com esse sujeito essencialmente social, histórico e cultural (MASINI, 2004). Ao profissional que amplia o olhar e o foco de atuação, mudam-se os caminhos terapêuticos. Desvencilha-se da preocupação em categorizar e rotular patologias da linguagem e alcança-se questões muito mais complexas e imbricadas com o meio em que o sujeito se insere e que reflete diretamente seu processo de aprendizagem. Não há como negar que possa haver dificuldades nesse processo, mas, nem por isso, deve-se rotulá-las como doença. É aceitar que a estrada para o aprendizado tem diferentes caminhos e que haverá erros, dúvidas, dificuldades, mas que todas essas questões fazem parte do processo de aprendizado, singular para cada sujeito (PERROTA, 2014).

Essa clínica *não* medicalizante é viável e real! Discutida e apresentada por pesquisadores nos seguintes estudos: Oliveira (2014); Oliveira, Teixeira & Santos (2014), Masini (2004) Masini & Barros, 2015), Perrota (2014), Berberian (1995, 2003), Massi &

Santana (2011), Signor & Santana (2016), Barros (2012) Coudry & Bordin (2014). Tais estudos se propõem a questionar a atuação fonoaudiológica biologizante e os diversos diagnósticos sobre o processo de aprendizagem, além disso, apontam estratégias terapêuticas e avaliativas que consideram a linguagem como constitutiva de um sujeito histórico e cultural inserido em um sistema educacional precário e estigmatizador.

Oliveira, Teixeira e Santos (2014) trazem uma discussão sobre a superação da atuação medicalizante no trabalho com a linguagem escrita. Os autores apontam que compreender os erros no processo da escrita vai além de identificá-los e transcrevê-los, pois, antes mesmo de aprender a decodificação de letras e palavras, o sujeito já se encontra inserido em um ambiente letrado. Desta forma, é importante que o fonoaudiólogo se atente a entender quais são esses espaços letrados em que o sujeito se insere e quais práticas sociais, tanto da oralidade quanto da escrita, que ele vivencia, já que muito dessas crianças e jovens chegam ao consultório com uma relação de sofrimento e fracasso com a escrita, mantendo um comportamento de aversão ao processo de aprendizado. Cabe então ao fonoaudiólogo torna-se um parceiro nesse enfrentamento e superação das dificuldades ao propor uma ressignificação do modo como o sujeito se relaciona com a linguagem escrita.

Perrota (2014) afirma que o fonoaudiólogo deve acolher esse sofrimento do sujeito ao escutar suas angústias, medos e humilhações enfrentados na relação com a linguagem, estabelecendo assim uma relação de confiança entre terapeuta e paciente para o enfrentamento das possíveis dificuldades e ressignificações do processo de aprendizado sendo que “ a preocupação, o desafio, é em trazê-lo para o jogo da escrita, de modo que possa se perceber como participante ativo da comunidade de leitores, tendo o que compartilhar, contribuir.” (p.263)

Esses sintomas refletidos na fala e na escrita como: “dificuldade em falar em público, gagueira, desvios fonológicos, fala muito rápida, muito lenta, muito baixa, muito alta ou qualquer ‘muito’ que fuja ao que é imposto como padrão” dessas crianças e jovens, são apenas a superfície de um lago profundo, ou seja, é uma pequena amostra de questões mais complexas e conflituosas sobre o processo da aprendizagem e a sua relação com a linguagem. Cabe ao fonoaudiólogo mergulhar adentro desse lago e compreender a “essência do fenômeno” como as dificuldades se tornaram um distúrbio, quem a nomeou, como a sua família e a escola enfrentam e encaram essas questões (GENTIL, 2016).

Outro ponto que não pactua com a clínica *não* medicalizante é o uso de testes e protocolos avaliativos para diagnóstico fonoaudiológico da linguagem escrita, uma vez que estes reduzem as habilidades e competências da criança/jovem ao código linguístico

desconsiderando quaisquer outras práticas sociais e contextos linguísticos nos quais o sujeito está inserido. O que facilita que se transforme os resultados obtidos com os testes e protocolos em sinais e sintomas de patologias (OLIVEIRA, 2014).

Um dos testes mais comuns e utilizados nos consultórios é o teste de Consciência Fonológica, que visa medir a habilidade do indivíduo em raciocinar sobre os sons da fala, ao nível das sílabas, nível das unidades intrassilábicas e nível dos fonemas (OLIVEIRA, 2004). Apesar de alguns trabalhos discutirem a validade e importância da consciência fonológica para o processo de aquisição da escrita (CAPOVILLA & CAPOVILLA, 2000; PAULA & MOTA & KESKE-SOARES, 2005, REGO & BUARQUE, 1997 apud OLIVEIRA, 2014), Oliveira (2014) ressalta a limitação do teste, que prioriza do processo de aquisição da escrita, apenas a habilidade de aquisição do código linguístico, dos aspectos ortográficas e as relações letra-som. Reduzindo o olhar à apenas uma prática social de uso da linguagem, subentendendo-se que para o processo de alfabetização apenas os requisitos testados são necessários.

Sustentar ações *não* medicalizantes é nadar contra a corrente. É desafiador e possível! As discussões sobre a medicalização da educação e sociedade vêm alcançando cada vez mais espaço e profissionais da educação e saúde. Como o Fórum sobre Medicalização da Educação e Sociedade, criado em 2010, no *I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”*, que viabilizou a ampliação do debate sobre o tema e de ações de superação dos processos medicalizantes da vida (MONTEIRO, 2014).

Entre as diversas ações de luta e debates, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, em 2015, construiu uma cartilha informativa intitulada “*Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*”. A cartilha, além de abordar tópicos conceituais sobre a medicalização e o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta um capítulo referente as recomendações aos profissionais da saúde e educação à prática com a queixa escolar. Entre diversas orientações a prática, encontra-se: ouvir a queixa primeiro da criança ou jovem em questão valorizando seu ponto de vista; não se basear apenas ao relatório de encaminhamento da escola, mas ampliar o olhar sobre a queixa e construir um perfil de práticas sociais de linguagem em que a criança/jovem está inserida para então obter um panorama sobre os aspectos que influenciam (ou não) o seu processo de aprendizagem.

Ir contra um sistema repressor e reducionista que domina os atores desse processo pela transgressão da culpa por tudo que foge ao controle do sistema capitalista é desafiador (MONTEIRO, 2014). Dentro da Fonoaudiologia o desafio não é diferente, pois construir uma clínica não medicalizante é romper com as raízes biologizantes e reducionistas da profissão, compreendendo que a clínica não serve apenas como um espaço para acolher e tratar a doença,

mas é um espaço clínico interpretativo, que acolhe o sujeito, sua história e sua singularidade e propõe novos caminhos, valorizando o diferente sobre a coletividade (BARROS, 2012).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão descritos os procedimentos metodológicos que nortearam esta pesquisa. O estudo em questão pretende favorecer a discussão acerca da queixa escolar dentro da atuação clínica fonoaudiológica e teve como objetivo geral analisar como os fonoaudiólogos entendem e definem sua atuação clínica com crianças que apresentam queixas escolares. Buscou-se, ainda, caracterizar como os fonoaudiólogos atuam sobre a queixa escolar e se há diferenças no modo de atuação sobre as queixas escolares e qual a natureza dessas diferenças.

6.1 Traçado teórico-metodológico

Para alcançar os objetivos traçados, a abordagem metodológica mais adequada foi a qualitativa, de caráter transversal, visto que a pesquisa qualitativa preocupa-se em compreender e explicar as particularidades e complexidades do significado das relações, processos e fenômenos humanos, que não são possíveis captar apenas em equações, variáveis e dados estatísticos (MINAYO, 2012), além de propor uma aproximação essencial e íntima para o sujeito e o objeto, envolvendo-se com os motivos, intenções e projetos dos atores da pesquisa, tornando significativa suas ações e relações (MINAYO et al, 1993).

A pesquisa qualitativa ultrapassa os marcadores quantitativos e preocupa-se com a dinâmica das relações sociais, traçando análises sobre a forma como elas se intercalam e se constroem e todas as suas vivências e experiências (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa fundamenta-se na perspectiva teórico-metodológica sócio-histórica ao buscar um rompimento com uma análise empírica e reducionista do indivíduo, ampliando-o para a sua totalidade, valorizando as percepções e vivências singulares de cada sujeito, visto como um ser cultural e histórico que ao mesmo tempo que se determina pelos fenômenos sociais ele os determina (FREITAS, 2002).

Freitas (2002) aponta que para um conhecimento ser construído é necessário a existência de inter-relações entre pessoas, o que inclui a produção de uma pesquisa científica dentro das ciências humanas, que se torna um “processo social compartilhado e gerador de desenvolvimento”. Essa perspectiva aponta que não é possível encontrar neutralidade do pesquisador em seu debate científico, toda a sua ação e efeitos gerados devem ser considerados na análise. Bakhtin (apud Freitas, 2002) aponta que a informação relevante é a profundidade com a qual se insere no objeto investigado e a participação tanto do pesquisador quanto do

investigado. Tanto o pesquisador quanto o investigado tornam-se seres em crescimento e transformação e vão alcançando seus caminhos a cada troca simbólica e significativa entre eles.

6.2 Aspectos éticos

O presente projeto seguiu as normas estabelecidas pela resolução 466/12 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e aprovado sob o número 2.128.468.

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) no momento em que foram selecionados e concordaram em participar da pesquisa. O pesquisador responsável descreveu detalhadamente cada procedimento do estudo, os possíveis riscos e benefícios deste, assim como a total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, colocando-se à disposição para responder qualquer dúvida que lhe for apresentada durante todo o período do estudo. As informações foram arquivadas em um computador com senha única ao qual apenas os pesquisadores envolvidos têm acesso. Todos os dados coletados foram registrados, analisados e apresentados no corpo do texto desta dissertação sem nenhuma referência aos participantes, sendo os mesmos identificados por letras do alfabeto, reservando o seu anonimato. O material será armazenado pelo período de cinco anos e, em seguida, descartado de forma integral.

Neste estudo, buscou-se seguir todas as normas e diretrizes do Comitê de Ética e Pesquisa para a execução ética deste estudo, no entanto, ressalta-se que as discussões apresentadas aqui vão além do olhar técnico e biomédico traçado pela Plataforma Brasil. Ainda há um olhar limitante sobre as pesquisas em educação, quanto aos seus traçados metodológicos, ao cobrarem resultados diretos e padronizados aquém da proposta reflexiva e complexa das ciências sociais e humanas (VIÉGAS, HARAYAMA & SOUZA, 2015).

Viégas, Harayama e Souza (2015, p.2684) apontam que:

Aqui importa pensar a ética na pesquisa educacional para além das instâncias tradicionais constituídas ou em processo de constituição. Ou seja, o chamamento é a pensar a ética, sobretudo a partir do pressuposto de que o conhecimento científico é histórica e socialmente datado e, por isso, a ciência é um espaço de discussão e de reprodução de ideologias e de tensões sociais.

Desta forma, buscou-se não estigmatizar nem rotular os participantes entrevistados. Nosso objetivo foi ampliar as discussões pertinentes a educação e a saúde na atuação fonoaudiológica, especialmente a atuação clínica.

6.3 Participantes

Considerando que a pesquisa tem como objetivo compreender a atuação sobre a queixa escolar pelo fonoaudiólogo, optou-se por selecionar fonoaudiólogos que atendessem, em clínicas, sujeitos com dificuldades de leitura e escrita na cidade de Salvador (BA), em serviços públicos e/ou privados. Como critérios de inclusão determinou-se que estes profissionais deveriam ter no mínimo dois (02) anos de experiência profissional no atendimento com crianças com queixa escolar e estarem registrados no Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Os profissionais foram selecionados seguindo o critério da técnica *Snowball*, na qual cada participante indicaria outro que atendesse aos critérios de inclusão (FLICK, 2009). O primeiro participante foi selecionado a partir do ciclo de relação profissional da pesquisadora, que realizava um curso de especialização em linguagem durante o período de início dessa pesquisa e convivia com fonoaudiólogas com diferentes formações que atuavam com o atendimento fonoaudiológico clínico.

O número de participantes foi determinado ao longo da construção do estudo, os dados foram coletados até percebermos que seria uma quantidade suficiente de participantes, de modo que pudessem fornecer dados suficientes para a pesquisa. Lembramos que é parte de uma análise qualitativa aprofundar-se nas relações e vivências dos sujeitos entrevistados, não apenas coletar dados empíricos (FREITAS, 2002). A pesquisadora então realizou o primeiro contato, apresentou os objetivos da pesquisa, informou sobre os riscos e benefícios e iniciou a entrevista, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

No total foram selecionadas seis (06) fonoaudiólogas com idades entre 26 anos e 31 anos. No Quadro 1 pode-se observar informações mais detalhadas de cada participante no que se refere a formação e condições de trabalho:

Quadro 1: Perfil das Participantes

	IDADE	GRADUAÇÃO	TEMPO ATUAÇÃO PROFISSIONAL	SERVIÇO PÚBLICO/PRIVADO DE ATUAÇÃO	OUTRAS FORMAÇÕES
P1	27 anos	Pública	5 anos	Público	Especialização Linguagem Mestranda em Políticas Públicas
P2	29 anos	Privada	9 anos	Privado	Não possui
P3	28 anos	Pública	5 anos	Privado	Especialização em Linguagem e Motricidade Orofacial
P4	31 anos	Pública	3 anos	Privado	Especialização em Linguagem
P5	26 anos	Pública	4 anos	Privado	Especialização em Linguagem
P6	31 anos	Pública	9 anos	Público e Privado	Especialização em Linguagem Mestrado e Doutorado

6.4 Sobre as entrevistas, a organização dos dados e a forma de análise dos resultados

Para alcançar os objetivos traçados na pesquisa e os dados a serem analisados, optamos pela entrevista semiestruturada. Para Minayo (2012) a entrevista consiste no procedimento de maior uso na pesquisa de campo ao ter como foco as informações contidas nas falas dos atores sociais (MINAYO, 2012). Amado & Ferreira (2013) afirmam que a entrevista semiestruturada é direcionada por um guia de perguntas que, ao mesmo tempo que direciona o tema sobre o que se pretende pesquisar, possibilita uma maior liberdade de resposta ao entrevistado em expor suas ideias e vivências.

Dentro da perspectiva sócio-histórica, a entrevista é vista como um procedimento muito além de perguntas e respostas, é o início da troca dialógica, é a construção de conhecimento através de relações interpessoais, em que:

Os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada, dos horizontes espaciais ocupados pelo pesquisador e pelo entrevistado. As enunciações acontecidas dependem da situação concreta em que se realizam, da relação que se estabelece entre os interlocutores, depende de com quem se fala. Na entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social (FREITAS, 2012, p. 29).

Desta forma, o roteiro investigativo é construído com o objetivo de compreender as vivências daqueles sujeitos inseridos em uma realidade específica e toda a sua complexidade ao longo da sua construção histórica (FREITAS, 2012). O roteiro de entrevista

semiestruturado pelo pesquisador (Apêndice B) abordava questões relativas à atuação profissional do fonoaudiólogo com crianças com queixas escolares, sua construção profissional e sua relação com atores cruciais no processo clínico/terapêutico do sujeito. Para a formulação do roteiro foram levados em consideração a experiência e o conhecimento profissional da área pelo pesquisador e a revisão de literatura sobre o tema do estudo (AMADO & FERREIRA, 2013).

O roteiro semiestruturado dentro de uma pesquisa qualitativa possibilita que o sujeito se expresse de forma livre, expondo suas vivências e opiniões sobre o tema em questão de forma ampla e trazendo seus significados sobre a queixa escolar e sua atuação profissional.

As entrevistas foram realizadas em dia e horário estipulado pelo pesquisador e entrevistado assim como o local, levando em consideração um ambiente de fácil acesso e conforto para ambos. As entrevistas tiveram uma média de duração de trinta (30) minutos cada, com gravação em áudio.

Após a coleta, as informações obtidas foram transcritas, organizadas, selecionadas e categorizadas, tendo por base os objetivos propostos neste estudo e o referencial teórico baseado em estudos sobre queixa escolar, fracasso escolar, fonoaudiologia e medicalização descrito ao longo desta dissertação, tendo como base autoras como Patto (1992,1996, 2015), Collares & Moyses (1994, 2010, 2014), Souza (2010); Berberian (1995, 2003), Masini (2004) Barros (2012), Barros & Masini (2015), Perrota (2014); Viégas (2016), Oliveira, Harayama & Viégas (2016); Oliveira (2014), Massi & Santana (2011).

Após a transcrição, foram construídas algumas categorias de análise, tendo por base: a leitura e análise exaustiva que se pretendia fazer dos dados, os objetivos do estudo, as constantes pesquisas bibliográficas e leituras do referencial teórico. Os nomes reais foram mantidos em sigilo, sendo substituídos pela letra “P”, referenciado a participante, e uma numeração, de um (01) a seis (06) para diferenciação das entrevistadas.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, por tratar-se de uma técnica flexível e adaptável às estratégias de recolha de dados, por ser uma técnica que permite inferências interpretativas a partir dos conteúdos expressos nos dados. Além disso, a técnica leva em conta para a construção de categorias as condições de produção do conteúdo, fato que permite ao pesquisador de modo sistemático fazer inferências interpretativas (AMADO & FERREIRA, 2013).

7 O OLHAR SOBRE AS FALAS: analisando as entrevistas

Tomando por base o fato de que a pesquisa em questão se constrói a partir do diálogo, teceremos breves definições teóricas essenciais para o debate.

O *discurso*, para Bakhtin (2003) é composto por *enunciados* concretos que se somam e produzem uma informação importante para o falante sobre determinado tema. Esses enunciados, nada mais são do que a língua em funcionamento, seja na modalidade oral ou escrita. E a *língua*, pela definição bakhtiniana, é um fenômeno social utilizado pelo falante para expor suas enunciações carregadas do seu arsenal emocional ao mundo, suas ideias, questionamentos, conclusões, seja pela oralidade ou pela escrita, sempre adequando o estilo e estrutura dentro de um contexto que lhe for “adequado”.

Todo o enunciado é carregado de significados que se conectam com outros significados de outros enunciados do próprio falante e de outros falantes interligados como uma cadeia sem um começo e nem fim determinado. Não há neutralidade no discurso. Todos os enunciados individuais são compostos por palavras e enunciados de outra pessoa. Tanto o falante quanto o ouvinte constroem seus discursos a partir de outros enunciados socialmente e culturalmente vividos. Pois, a própria língua é reflexo de relações sociais históricas e culturais. O falante torna seu discurso singular através da expressividade que lhe emprega, ou seja, pela emoção que atribui ao seu enunciado (BAKHTIN, 2003).

Ocupando o lugar de ouvinte e por ora o de falante, captamos esses enunciados e responsabilmente, compusemos as linhas aqui redigidas, pois acreditamos que “para penetrar profundamente na fala do outro é indispensável integrá-lo na construção do discurso.” seja através de forma direta ou indireta (BAKHTIN, 2004).

Neste estudo, optamos por apresentar os resultados juntamente com a discussão. A leitura e a análise dos dados nos possibilitou organizar os resultados em duas categorias semânticas principais, a saber: A) Como o fonoaudiólogo compreende a Queixa Escolar, origem da queixa e perfil das crianças acompanhadas com queixa escolar e B) Como o fonoaudiólogo atua sobre a Queixa Escolar.

A análise dos dados nos possibilitou ainda, subdividir os resultados obtidos na categoria A) do seguinte modo: A.1) Definição da Queixa Escolar; A.2) Quem traz a Queixa Escolar à clínica fonoaudiológica; A.3) Perfil das crianças com Queixa Escolar.

Também foi possível organizar a Categoria B em seis subcategorias: B.1) Atuação fonoaudiológica com a Queixa Escolar; B.2) Atuação junto à escola; B.3) Atuação junto à família; B.4) Aspectos imprescindíveis para atuação fonoaudiológica com a Queixa Escolar;

B.5) Dificuldades na atuação com a Queixa Escolar e B.6) Contribuição dos profissionais da saúde e educação na atuação com a Queixa Escolar. Passemos a discussão do relativa ao modo como o fonoaudiólogo compreende a queixa escolar, a origem da queixa escolar e o perfil das crianças acompanhadas devido à queixa escolar.

A) Como o fonoaudiólogo compreende a Queixa Escolar, origem da queixa e perfil das crianças acompanhadas com queixa escolar

Nesta seção, buscamos trazer o olhar das participantes sobre a Queixa Escolar, a partir de suas experiências clínicas. A partir dessas experiências procuramos, também, compreender a origem dos encaminhamentos para o atendimento fonoaudiológico e o perfil das crianças atendidas. Os resultados serão descritos e analisados nas próximas seções, ao longo deste capítulo.

A.1) Definição da Queixa Escolar

A análise dos dados nos possibilitou observar que o olhar da Fonoaudiologia sobre a Queixa Escolar, ainda carrega os traços da clínica biologizante e muitos profissionais ainda direcionam a sua busca terapêutica para questões de ordem biológica que possam sinalizar patologias da linguagem. Quando vinculadas ao processo educacional são caracterizadas como distúrbios ou transtornos do aprendizado (GENTIL, 2016). Seguem algumas falas transcritas consideradas como representativas desse olhar:

quando fica mais desequilibrado os níveis de crianças nas escolas e isso começa a chamar mais atenção (...) tem problema na fala, tem problema na leitura e na escrita, nos dois, como é que não tá funcionando isso e vem para a Fonoaudiologia.” (P2)

É a demanda que a equipe escolar traz referente aquela criança, aquele educando (...) é a queixa do ambiente escolar” (P4)

Tem a queixa escolar é... que parte da equipe da escola (...) e parte da família por dificuldade escolar de qualquer âmbito que seja.” (P5)

Observa-se, no trecho da entrevista de P2, características marcadas por um olhar patologizante, quando relaciona queixa escolar a um problema de fala, ou de leitura e escrita e um olhar reduzido aos fatores que dão origem à queixa escolar. As falas de P4 e P5 atribuírem a queixa escolar a uma insatisfação da escola e da família ao desempenho escolar da criança/jovem.

A queixa é a voz de sofrimento do paciente ao terapeuta, e que nem sempre pode ser caracterizada como um problema. Para Ieto e Cunha⁴ (2007) a queixa é uma expressão consciente do sofrimento do paciente. É após uma escuta atenta e cuidadosa do fonoaudiólogo sobre a queixa, levando em consideração as bagagens históricas e culturais do sujeito, que será possível determinar se há demanda fonoaudiológica ou não.

Essa postura de definir queixa como problema, sem questionar os fatores que estão produzindo o suposto problema (como no caso das entrevistas P2, P4 e P5), é comum na clínica biomédica em que há uma preocupação excessiva em identificar e descrever os sintomas para, então, determinar uma estratégia curativa. Na avaliação fonoaudiológica sobre o processo escolar a preocupação é identificar a quantidade de erros ortográficos, de erros de coesão e coerência, alterações de fala e comportamento desconsiderando a singularidade do sujeito e as diversidades de construção de conhecimento (PERROTA, 2014).

Nota-se na fala das entrevistadas que a queixa está relacionada ao mesmo tempo a uma demanda da escola (para P4: “*É a demanda que a equipe escolar traz referente aquela criança, aquele educando (...) é a queixa do ambiente escolar*”) e a dificuldade escolar (para P5: “*e parte da família por dificuldade escolar de qualquer âmbito que seja*”). Refletir sobre o olhar da escola, que nos chega pelo olhar da profissional, é importante para que se possa retomar pontos históricos ligados a formação do professor e a construção do sistema educacional. No processo formador da escola, ela era instruída em buscar uma padronização do processo de aprendizagem, e para isso seguia regras e normas que determinariam habilidades intelectuais dos alunos, construindo classes homogêneas, e o que fosse diferente era caracterizado como alterações, inabilidades e patologias do aprendizado (SOUZA, 2014). Apesar da evolução técnico e científica as escolas ainda se encontram presas a um sistema repressor que idealiza a homogeneização social ao marginalizar e excluir todo o sujeito “diferente” do esperado (PATTO, 2015).

O inadequado e anormal, torna-se sintoma e diagnóstico que necessita de ajuste e cura para assim se alcançar melhor *controle* desse aluno em sala de aula e encaixar-se nos padrões e normas preconizados (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2016), recaindo sobre o aluno a total responsabilidade sobre o seu insucesso e suas diferenças, como é observado na fala de P4: “*É a demanda que a equipe escolar traz referente **aquela criança, aquele educando (...)** é a queixa do ambiente escolar*”. A entrevistada enfatiza que há uma insatisfação da escola com

⁴ O aprofundamento das definições de “Queixa” e “Demanda” pelos autores Ieto e Cunha (2007) são teoricamente baseados na psicanálise, o que foge da base teórica dessa pesquisa. No entanto, a definição de queixa, de forma sucinta, é coerente com a proposta da clínica não medicalizante e, por isso, foi adotada nesse trabalho.

algo que foge aos padrões e normas do processo escolar e que é sobre “aquela criança, aquele educando” (P4), ou seja, o erro, o inadequado encontra-se na criança/jovem, devido a sua incapacidade e inabilidade orgânica e individual, definida biologicamente por problemas de ordem neurológica, distúrbios de aprendizagem ou comportamento (COLLARES & MOYSÉS, 2010).

É essa criança estigmatizada que adentra o consultório fonoaudiológico, que ainda entrelaçado as raízes biomédicas, aceita e confirma essa suspeita diagnóstica que desconsidera aspectos mais complexos e essenciais do processo educacional e o reduz a possíveis inabilidades cognitivas, orgânicas, perceptuais e motoras (BERBERIAN, 2003). Os profissionais que compactuam com essa clínica perpetuam com a estigmatização de crianças/jovens como más leitoras, más escritoras, hiperativas, desatentas acarretando em relações traumáticas e desmotivadoras com a escola e demais práticas sociais de linguagem (SIGNOR & BERBERIAN & MASSI, 2016).

No entanto, nem todas as entrevistadas associam a queixa escolar a uma questão patologizante e algumas apresentam uma perspectiva mais ampliada. Vejamos os próximos trechos das entrevistas de P1, P3 e P6:

hoje tá uma questão bem complexa né? É como se a questão social não tivesse sendo vista e colocado tudo na conta de uma biomedicina né? tudo sendo colocado na conta de um processo de saúde quando na verdade existe questões sociais. Então, essas questões escolares eu vejo que não tem como a gente dissociar. (P1)

A queixa escolar eu preciso saber primeiro de quem é a queixa. Depende muito de cada indivíduo, de cada ator desse espaço. Então, se eu penso que a queixa escolar vem da escola eu tenho um certo tipo de preocupação. Se a queixa escolar vem dos pais, e o quanto isso afeta cada indivíduo, principalmente a criança. (P3)

demanda que é elaborada pelo sujeito, pela sua família, que tem relação com a relação desse sujeito e a educação. (P6)

As entrevistadas apontam uma caracterização da queixa escolar a partir da complexidade da relação entre os atores desse processo (o aluno, a família e a escola) e as particularidades de cada um. Nota-se que o modo como as entrevistadas caracterizam a queixa, é mais coerente com uma clínica não medicalizante que opta por um olhar ampliado sobre o sujeito e o processo escolar, levando em consideração que as questões sociais e pessoais do sujeito permeiam o processo de aprendizado (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014).

A fala de P3 evidencia esse olhar ampliado ao demonstrar interesse em compreender de onde vem essa queixa e como ela afeta os atores envolvidos nesse processo: “A queixa escolar eu preciso saber primeiro de quem é a queixa. Depende muito de cada indivíduo, de cada ator desse espaço.” (P3). Visto que há estigmas sobre o processo de aprendizado e sobre o fracasso

escolar que induzem o fonoaudiólogo a um olhar reduzido e patologizante sobre esses processos. Ouvir e acolher quem dá voz a essa queixa quebra com estereótipos sobre a queixa escolar e promove um olhar ampliado do profissional sobre a escola, a família e o aluno. O fonoaudiólogo torna-se então um coparticipante desse processo ao compreender que seu “objeto” de trabalho é um sujeito que se encontra em conflito com a linguagem, oral e/ou escrita, sendo esta construída a partir das relações humanas histórico-sociais (MASINI, 2004).

Na fala de P1 é possível observar a percepção da entrevistada sobre como o processo educacional tem sido reduzido a processos biológicos, e o quanto isso desconsidera questões mais complexas e essenciais, como a realidade social, cultural e política em que o sistema educacional está inserido: “É como se a questão social não tivesse sendo vista e colocado tudo na conta de uma biomedicina né?” (P1). No entanto, o problema em que o sistema educacional está inserido ultrapassa as relações entre os seus atores sociais. É um problema de ordem estrutural.

O sistema capitalista que governa a sociedade e o sistema educacional, captura o sujeito e o prende em amarras inflexíveis de um discurso ideológico sobre o modo de ser, pensar e agir, produzindo sujeitos adestrados por um sistema injusto e desigual, que precariza a vida humana em troca da sua expansão, em que quanto mais se acumula riquezas maior é a pobreza, o sofrimento e a degradação moral do trabalhador (CAFIERO, 2014). A escola recebe a função de homogeneizar a sociedade, formando indivíduos aptos ao trabalho ao priorizar o conhecimento técnico padronizado (DADICO, 2011). Caso eles venham a falhar nesse processo são marginalizados, excluídos e culpabilizados pela sua incapacidade, sendo a população pobre unânime ao fracassar. Desta forma, constrói-se um sistema educacional elitista e excludente que permeado pelo olhar ao biológico, que individualiza o processo educacional e culpabiliza as vítimas do próprio sistema (PATTO, 2015). A vida passa a ser objetificada e individualizada, afastando o homem do que lhe é inerente como ser social: o coletivo (DADICO, 2011).

A.2) Qual a origem da Queixa Escolar

Nesta seção, a preocupação foi compreender quais conjuntos de fatos ou elementos contribuíram para produzir a queixa, ou seja, o quê ou quem contribuir para produzir ou dar origem a queixa escolar. Quando questionadas sobre a origem da queixa quando a criança chega na clínica para acompanhamento, a escola é citada quase unanimemente como podemos notar nos seguintes trechos das entrevistas:

Muito da escola. As vezes a família por uma série de questões nunca notou a dificuldade, acaba que **vira uma queixa da família** que gera ansiedade na família também. (P1)

A escola ainda é uma demanda pouca. Quando **ela** é muito grande, que **ela** tem um olhar, uma equipe muito maior, **ela já encaminha mais fácil**, já tem uma abordagem diferenciada (P2)

A escola que de fato encaminha para o fonoaudiólogo e eles às vezes, nem sabem porque estão vindo pra fono (P3)
Que foi encaminhado diretamente só da escola sim. (P4)

Todos trazem um pouco né? **A escola encaminha bastante**, os outros profissionais de saúde encaminham também (P6)

Quando se trata da origem da queixa escolar, é perceptível nas falas transcritas, especialmente nos trechos destacados em negrito, que a escola é a principal responsável pelos encaminhamentos aos consultórios fonoaudiológicos.

A escola, mergulhada em um sistema capitalista dominante, é induzida a tentar homogeneizar o processo educacional, preocupando-se em formar indivíduos aptos ao trabalho, instruindo-os do máximo de conhecimento técnico e com o mínimo de conhecimento crítico e reflexivo (DADICO, 2011). No entanto, a escola também encara uma heterogeneidade de sujeitos que trilham diferentes caminhos de ser e aprender, desafiando o modelo padronizado de ensino. Responsabilizados socialmente pelo fracasso do sistema educacional, encontram no determinismo biológico a saída para o enfrentamento dessas diferenças, atribuindo ao sujeito a total responsabilidade pela sua incapacidade, encarando como doença tudo que considera desviante (MARTZ, TEIXEIRA & COMES, 2015).

A culpa pelo fracasso é atribuída ao aluno por comportamentos inadequados, capacidades intelectuais rebaixadas e a sua família, por vezes, considerada como desviante do modelo, deste modo, a culpa recai ao mesmo tempo sobre os aspectos biológicos e sociais. As famílias são levadas a aceitar os estigmas e “pré-diagnósticos” das escolas por serem culpabilizadas e responsabilizadas pela resolução do problema (PATTO, 2015), como pontua P1: *“Às vezes a família por uma série de questões nunca notou a dificuldade, acaba que vira uma queixa da família que gera ansiedade na família também.”*

A escola pressionada pelas amarras do sistema capitalista em adequar e formar sujeitos padronizados e aptos socialmente, busca soluções para a heterogeneidade social e passa então a terceirizar a responsabilidade pela resolução dos problemas escolares, encontrando no fonoaudiólogo a capacidade técnico-científico hábil para identificar e curar esses indivíduos (BERBERIAN, 1995).

A.3) Perfil das crianças/jovens com Queixa Escolar

Caracterizar o perfil das crianças e jovens atendidos nos consultórios fonoaudiológicos é a chave para entender quem são essas crianças e jovens vítimas do fracasso. E as falas trouxeram como resultado o seguinte:

É uma demanda que sempre vem pra gente: meninos de 6 a 13 anos. (P1)

eu tenho muita criança com queixa de leitura e escrita, de desvio fonológico e altera...atraso na linguagem. Meninos e meninas.... tá muito misturado, de 4 a 7 anos. (P2)

Meninos de 6 a 8 anos (P3)

São pacientes na faixa etária de 3 a 5 anos... maioria menino. (P4)

Crianças abaixo de 8 anos, a maioria menino, sim, como a alteração de linguagem já descreve ne? (P5)

Crianças e adolescentes com queixa voltada a relação com a escrita... 7 a 15 anos. (P6)

Nota-se, de modo geral, que no que se refere a faixa etária as entrevistadas apontaram como recorrente na clínica as idades entre quatro a quinze anos e quanto ao sexo, predomina o masculino, citado por quatro participantes (P1, P3, P4 e P5) como mais frequente.

Iniciando a discussão com a faixa etária abordada, as participantes P2, P4 e P5 marcam a presença de crianças com queixas sobre o processo escolar com idades de 3 a 8 anos de idade, enquanto as participantes P1, P3 e P6 apontam como mais frequentes as idades entre 6 a 15 anos. Observa-se, pelo relato das participantes, a presença de crianças cada vez mais jovens (3 a 5 anos de idade) com queixas escolares nos consultórios fonoaudiológicos. A fase de 2 a 4 anos de idade é o período de instabilidade nos processos fonológicos da criança, em que já se esperam “erros” em suas falas⁵, o processo de alfabetização está se iniciando, principalmente na idade dos 2 e 3 anos. Na idade entre 4 e 5 anos, a fase final do período pré-escolar (BASE, 2017), é esperado uma grande instabilidade na escrita em relação a aspectos como os ortográficos, a relação grafema/fonema e a segmentação de palavras, uma vez que o processo de aquisição da linguagem escrita é não linear e não ordenado, propício a movimentos de reelaborações e reestruturações, associado a relação singular que a criança tem com a linguagem (CAPRISTANO, 2007).

No entanto, esse período inicial de aquisição da linguagem escrita tem se tornado crítico, pois cada vez mais vem sendo desconsiderada a complexidade e a singularidade desse processo,

⁵ O desenvolvimento fonológico da criança ocorre de forma gradual até que haja o estabelecimento do sistema fonológico compatível com a comunidade linguística em que ela esteja inserida. Esse processo se inicia por volta do primeiro ano de vida e conclui-se, aproximadamente, aos cinco anos (YAVAS, HEMANDORENA & LAMPRECHT, 1991).

e toda sua construção histórica e social. Tem se tornado um processo voltado apenas para a internalização da gramática normativa, desconsiderando-se que para o aprendizado da linguagem escrita o que se deve levar em conta é a qualidade das relações que a criança estabelece com a escrita e com os diversos interlocutores (BERBERIAN, 2003).

A escola passa a abreviar o tempo de vivência da criança com o espaço, estabelecendo limites rígidos e impositivos para o seu contato com objetos, ambientes e pessoas. Além de forçar uma maior autonomia na criança para alcançar os próximos passos do processo de aquisição, negligencia a parceria tão necessária do professor, colocando-o em uma posição de apenas observador e corretor de erros e irregularidades (PERROTA, 2014).

Os erros deixam de ser algo esperado no processo da aprendizagem e passam então a ser sinais e sintomas de doenças vinculadas ao processo de aquisição da leitura e escrita, firmando ainda mais o olhar patologizante da aprendizagem (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014). Os erros deveriam ser vistos como “indícios e pistas da própria efetivação da aquisição da escrita” (MASSI & SANTANA, 2011). Como assegura Berberian (2003), não há uma linearidade na aquisição da linguagem escrita, haverá erros, omissões e trocas, o que não os caracterizam diretamente como manifestações sintomáticas da aprendizagem.

Contribuindo para esse olhar patologizante na alfabetização, em 2017 houve uma atualização da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), pelo Ministério da Educação (MEC), que antecipou o período de alfabetização para o 2º ano do ensino fundamental, ou seja, espera-se que nesse ano o aluno já seja capaz de ler e escrever, além de resolver problemas de estatísticas e probabilidade.

O MEC alegou que seria uma forma de garantir a equidade do ensino para crianças pobres e de ensino público, pois crianças em um ensino regular privado são alfabetizadas mais novas (BASE, 2017). Assim, no 1º ano do ensino fundamental, em que a criança encontra-se na faixa etária dos 6 anos, que seria o período inicial de contato com a linguagem escrita, foi formalizado pela BNCC que os alunos devem ser capazes de decodificar letras em texto escrito, compreender os objetivos da leitura com autodomínio sobre o processo de ler, sendo capaz de localizar e selecionar informações solicitadas em um texto escrito, escrever palavras e frases dentro dos padrões da língua portuguesa, planejar a construção de textos de diferentes gêneros discursivos, além de revisar e editar o próprio texto (BASE, 2017).

Essa antecipação no processo da alfabetização só demonstra o olhar reducionista do sistema educacional em limitar as práticas de leitura e escrita a um processo simples de decodificar letras e aplicá-las, desconsiderando que em cada manifestação linguística há expressões de distintos grupos sociais e suas vivências com a escrita, apagando a singularidade

do sujeito e produzindo ainda mais analfabetos funcionais⁶ na sociedade (BERBERIAN, 2003), que segundo o IBGE (2009) representa 20,3% da população.

O fim do ensino fundamental, pode ser considerado um período crítico, pois é marcado por um elevado número de evasão e repetência escolar. Segundo o Inep (2017), no ano de 2015, a taxa de reprovação do 6º ao 9º ano chega a 5,1%, um total de 54 mil jovens. Quanto ao abandono, no final do 5º ano, estima-se que 38.126 alunos deixaram a sala de aula. Já no 9º ano, o número é mais alarmante e chega a um total de 87.157 abandonos. No estado da Bahia, a evasão escolar nas séries finais do ensino fundamental chega a 7,1% (INEP, 2017). Esses dados, apesar de abrangerem o ensino público e privado, recaem prioritariamente sobre a classe pobre. Os últimos anos do ensino fundamental torna-se um período crítico para a manutenção e progressão desse jovem na escola, o aluno pobre, tensionado por um sistema educacional elitista, se vê “convidado” a desistir do processo educacional e ainda carregar o estigma de que o pobre desvaloriza a escola (PATTO, 1992).

No que diz respeito a maior frequência de crianças do sexo masculino com queixa escolar nos consultórios fonoaudiológicos, esta é uma questão bastante complexa. Pois, dentro da Fonoaudiologia, diferentes estudos (GONÇALVES et al, 2000; HAGE & FAIAD, 2005; CHOUDHURY & BENASICH, 2003; CÉSAR & MASKUD, 2007; LIMA, GUIMARÃES & ROCHA, 2008) apontam a discrepância no desenvolvimento da linguagem entre meninos e meninas. Na tentativa de categorizar a demanda fonoaudiológica de crianças com atrasos e distúrbios de linguagem, tanto em serviços públicos quanto privados, esses estudos relatam um maior número de meninos com alterações de linguagem e aprendizado do que meninas. A maturação cerebral lenta, fatores genéticos e hormonais são algumas das justificativas apontadas (HAGE & FAIAD, 2005; LIMA, GUIMARÃES & ROCHA, 2008). No entanto, César e Maskud (2007) afirmam que apesar das diversas explicações, elas não são devidamente comprovadas. Ou seja, mais uma vez a interpretação de dados foi baseada apenas em questões biológicas, desconsiderando toda a complexidade social, histórica e cultural em que se constituem homens e mulheres.

Fora da Fonoaudiologia, alguns estudos trazem uma discussão mais complexa sobre o gênero e o processo de aprendizado. Carvalho (2004,) em uma pesquisa com oito professores de uma escola municipal de São Paulo, relata que as professoras, de uma forma geral, afirmaram que os problemas de aprendizagem em suas escolas estavam relacionados a crianças do sexo masculino, inseridas em um contexto financeiro de até cinco salários mínimos e que se auto

⁶ *Analfabeto funcional*: sujeitos que sabem codificar e decodificar letras, porém não compreendem o que leram ou o que escreveram (BERBERIAN, 2003)

declaravam negros (preto ou pardo). A autora concluiu que estes resultados se assemelham a resultados já apontados nacional e internacionalmente, por pesquisas que utilizavam testes padronizados, e que muito da definição de dificuldade de aprendizagem feita pelas professoras era relacionada a pouca participação em sala ou comportamentos mais “agitados” e “indisciplinados”, havendo muito consenso sobre o comportamento masculino apresentar naturalmente essa postura desinteressada. Contrapondo aos resultados da sua pesquisa e das demais, Carvalho (2004) destaca que:

[...] para que as escolas possam agir e assumir suas responsabilidades na construção de trajetórias escolares de sucesso para um número maior de meninos e rapazes, torna-se necessário fazer uma discussão mais aprofundada sobre as masculinidades e as relações de gênero, de forma que se permita uma apropriação mais ampla das teorias da masculinidade. Essas teorias **recusam todo determinismo biológico e consideram homens e mulheres produtos de relações sociais, históricas e culturais**, num contexto em que se aprende não um único “papel sexual”, mas convivem múltiplas masculinidades e feminilidades articuladas por relações de poder e perpassadas por outras relações sociais como as desigualdades de classe e raça. (p. 36) (grifos nossos)

O olhar da escola para o comportamento e desempenho acadêmico dos meninos deve ser questionado, visto que este olhar se sustenta sobre uma postura preconceituosa, machista e medicalizante ao atribuir “o não aprender” a questões de gênero (especificamente o masculino), desconsiderando a complexidade das relações sociais (CARVALHO, 2004). A clínica fonoaudiológica medicalizante reforça e perpetua estes estigmas ao atribuir as dificuldades de aprendizado que chegam em seus consultórios a distinção de maturação cerebral entre meninos e meninas e aos inúmeros padrões sociais de comportamento atrelado aos sexos.

B) Atuando com a Queixa Escolar

Ao questionarmos sobre a atuação fonoaudiológica com a Queixa Escolar, buscamos trazer o olhar das entrevistadas sobre suas práticas de cuidado relacionadas atuação com a criança/jovem, a família e a escola, considerando que estes são os atores principais no processo educacional. Os resultados são descritos em subcategorias e discutidos ao longo do capítulo.

B.1) Atuação fonoaudiológica com a Queixa Escolar

A análise das entrevistas nos possibilitou identificar duas práticas frequentes quanto se trata de atuar com a queixa escolar: i) avaliação e ii) terapia. Notamos, ainda, que essas práticas estavam atravessadas, em certos momentos por um viés medicalizante, e em outros momentos não medicalizante. Seguem alguns trechos das entrevistas que apontam a prática de avaliação:

o acolhimento que é um momento que a gente faz uma avaliação inicial, já tem o momento de escuta qualificada antes dele entrar em terapia com o paciente. (P1)

A gente recebe a criança faz a avaliação... eu faço algumas avaliações, principalmente avaliações neuro, relacionadas ao desenvolvimento e tal vê quais são as demandas dentro da Fonoaudiologia que ela tá apresentando... alterações de Linguagem, o começo da leitura e escrita... então, assim, tá começando a desenvolver essa parte da leitura e escrita né? Como é que tá essa coerência, essa coesão? Como é que tá essa organização grafema, fonema? Hoje, aqui na clínica, a gente trabalha com avaliação global. O que é que a gente faz... a gente recebe a criança, passa por todos os profissionais e a partir daí a gente define se é só pra psicólogo, se é só pra fono. (P2)

Então, eu normalmente começo na escuta, ouvindo muito o que é que essa família traz, quais são as características que traz pra essa criança pra em seguida, eu conseguir fazer paralelos e explicações (...) então, tem assim... esses dois olhares. Tanto do que vem encaminhado pela escola, como aqueles que chegam e eu consigo observar, eu consigo identificar durante a avaliação e não necessariamente veio por isso... um componente de fala, de voz... alguma coisa associada que durante a minha avaliação eu veja uma dificuldade. (P3)

Depois do meu processo avaliativo de que eu pensei tudo que... né? Eu fechei a avaliação, eu vou a escola. (P4)

Eu atuo, em primeiro lugar, acolhendo essa queixa, acolhendo a demanda do sujeito, da família, da escola e buscando ressignificar essa relação de sofrimento do sujeito com a escrita ou com o processo educacional. (P6)

A avaliação é uma prática citada pelas entrevistadas P1, P2, P3, P4 e P6. As entrevistadas P1, P3 e P6 citam a avaliação inicial como um momento de escuta e acolhimento do paciente e sua família. As entrevistadas relatam que este momento inicial é importante não para confirmar a queixa, mas para compreender sua complexidade, por exemplo, no relato de P1 “... são crianças que às vezes já estão em tão sofrimento naquela escola que pra família é um alívio escutar que pode ser uma outra questão né?”. Ou ainda, é um momento importante para ressignificar a queixa, ou a relação de sofrimento com a escrita ou a escola, como no caso de P6 “... eu atuo, em primeiro lugar, acolhendo essa queixa, acolhendo a demanda do sujeito, da família, da escola e buscando ressignificar essa relação de sofrimento do sujeito com a escrita ou com o processo educacional.”

Já, outras entrevistadas compreendem a avaliação de outro ponto de vista, apontam a avaliação como o momento de identificação da demanda fonoaudiológica em que se observa na criança/jovem se há dificuldades relacionadas ao processo de escolarização, demandas de linguagem escrita, dificuldades fonoaudiológicas em outros aspectos (voz, motricidade orofacial, audição). A entrevistada P2, por exemplo, destaca o seguinte sobre a sua prática de avaliação: “Faço algumas avaliações, principalmente avaliações neuro, relacionadas ao desenvolvimento e tal[...] a gente recebe a criança faz a avaliação, vê quais são as demandas dentro da Fonoaudiologia que ela tá apresentando... vê se é só demanda, se ela só faz fono”. A prática da avaliação, também foi mencionada como um momento que ajuda o fonoaudiólogo

a descobrir se a demanda é fonoaudiológica mesmo ou se é para outras áreas da saúde (terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia): *“Hoje, aqui na clínica, a gente trabalha com avaliação global. O que é que a gente faz... a gente recebe a criança, passa por todos os profissionais e a partir daí a gente define se é só pra psicólogo, se é só pra fono.” (P2).*

Observa-se que a fala de P2 é bem marcada por apontamentos condizentes com essa clínica fonoaudiológica hegemônica, marcada pela prioridade em identificar os sintomas marcadores dos problemas de linguagem e de possíveis problemas outras áreas. A entrevistada ainda cita a realização de uma avaliação neurológica, sendo mais uma ferramenta avaliativa inserida na clínica de caráter biomédica.

O processo avaliativo na clínica fonoaudiológica é o primeiro contato entre terapeuta, criança/jovem, família e a queixa pregressa que promoveu esse encontro, e assim como em qualquer outra prática clínica além da avaliação, esse encontro pode ser trilhado por caminhos medicalizantes ou não medicalizantes. Dentro da clínica hegemônica a avaliação é pautada na identificação de sinais e sintomas que justifiquem uma possível intervenção fonoaudiológica (GENTIL, 2016). Algumas avaliações tradicionais da linguagem escrita, por exemplo, são obtidas de forma descontextualizada, a partir de tarefas maçantes e reproduzidas do padrão escolar que tem como critério de análise os possíveis erros, sem considerar que estes, na verdade, são esperados no processo de aprendizagem da escrita alfabética (OLIVEIRA & PEREIRA, 2010).

A entrevistada P2 é a que mais fornece informações sobre sua prática de avaliação, especialmente com a linguagem escrita. Destaca que:

alterações de Linguagem, o começo da leitura e escrita... então, assim, tá começando a desenvolver essa parte da leitura e escrita né? Como é que tá essa coerência, essa coesão? Como é que tá essa organização grafema, fonema? Hoje, aqui na clínica, a gente trabalha com avaliação global. O que é que a gente faz... a gente recebe a criança, passa por todos os profissionais e a partir daí a gente define se é só pra psicólogo, se é só pra fono. (P2)

O fazer terapêutico de cada profissional é sustentado não só pela sua formação profissional, mas pelo lugar no qual atua. Atuar no sistema público ou privado em saúde marcam as escolhas e as possibilidades de atuação profissional. Inserido no sistema capitalista, o sistema privado propõe atuações que visem o melhor lucro decorrente de maiores horas de trabalho. Precarizando o serviço e sustentando ações limitadas e marcadas pelo olhar mecânico e patologizante sob o sujeito. O sistema público, apesar de todas as limitações estruturais, gestão, condições de trabalho, propõe olhares e vivências além das amarras do sistema

capitalista dos serviços privados em saúde, colocando o profissional em situações em propiciam um atendimento clínico mais amplo. Infelizmente a realidade do fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde ainda é escassa, sendo a região Nordeste a região com menor oferta e expansão da profissão no sistema público de saúde (SOUSA et al, 2017).

A entrevistada P2 aponta em sua fala, uma prática avaliativa voltada a identificar os aspectos da língua como coesão, coerência e ortografia. No entanto, apesar de fazer parte do trabalho com a linguagem, uma vez que estamos inseridos em uma língua constituída de regras normativas que a caracterizam, limitar o olhar sobre esses aspectos para que os acertos e erros encontrados sejam determinantes dos distúrbios e transtornos da linguagem escrita e não como parte do seu processo é retornar a proposta reducionista da clínica medicalizante (OLIVEIRA & PEREIRA, 2010).

Dentro da clínica não medicalizante o processo avaliativo da linguagem pauta-se em um olhar amplo, que valoriza não só aspectos linguísticos de uma língua, mas preocupa-se em acolher esse sujeito que traz um sofrimento relacionado a aquisição da linguagem e encontra no fonoaudiólogo o meio de ressignificar essa dor (MASINI, 2004). Os apontamentos realizados por P1 e P6 concordam com esse olhar avaliativo não medicalizante, ao colocarem como prioridade uma escuta atenta que possibilite acolher esse sujeito, sua história e sua queixa.

É importante destacar que quando questionado a P3 se ela enfrenta dificuldades para atuar com a queixa, ela destaca dificuldades na sua prática de avaliação. A entrevistada relata que a família já chega no consultório solicitando uma avaliação específica, de um sintoma ou doença específica, usando um teste específico e P3 fala sobre sua dificuldade de lidar com esta postura da família:

Ela chegou pra mim perguntando já como que era a avaliação do DPAC, ‘como que é essa avaliação? Você faz essa avaliação?’ eu falei ‘oh, quem encaminhou? Como foi isso? O que é que ela tem? Como você está se sentindo?’, ‘não, assim oh, minha filha tem alguma coisa, eu tô buscando por isso né? Então, eu quero a avaliação do DPAC!’, eu falei ‘ah, você já sabe como é a avaliação do DPAC? Vamos explicar como é a avaliação do DPAC’, expliquei tudo! (P3)

Além disso, P3 menciona como o sistema privado lida com diferentes abordagens teóricas e terapêuticas: Vejamos o comentário de P3:

Expliquei o que que era diferente da minha abordagem, como era minha abordagem e isso eu não consigo numa sessão de plano. Então, extrapola essa relação privada que a gente acaba caindo. Enfim, nesse caso foi um caso assim, foi um dos mais complicados assim, porque era uma família que deseja uma outra coisa. Então pra conseguir trazer outra informação é muito difícil! Se ela já vai com um pensamento formado, algum diagnóstico na avaliação objetiva, o quê que aquele neuro disse, o que aquele profissional ou outro falou, o que ela leu na internet... então, quando eles

já vão com essa ideia segmentada é muito complicado a gente conseguir mostrar um outro ponto de vista, mostrar uma outra abordagem. (P3)

O sistema privado de saúde atua não só sobre o processo diagnóstico da queixa, ele invade as práticas fonoaudiológicas, como no caso da avaliação exemplificado por P3. O profissional se vê restrito a seguir aos padrões de atuação do sistema privado de saúde, o qual restringe a atuação do profissional de saúde a regras e protocolos centrados ao modelo hegemônico. Caso o fonoaudiólogo busque atuar de forma diferente o sistema o tensiona para que ele não consiga.

No que se refere as práticas terapêuticas propriamente ditas, as entrevistadas relataram o seguinte:

Varia um pouco de acordo com o caso assim... mas, em geral, eu tentava aproximar também da realidade da criança. Eu tinha muita preocupação daqui não virar a escola parte 2 então meu intuito também não é pedagógico mas também de...dar função aquela estratégia também que eu vou tá trabalhando. eram casos que tinham outras questões e eu sempre tinha que tá em contato com a família, muito próxima. Eram crianças que tinham uma rejeição muito forte quanto à produção da escrita. Então, se eu não trouxesse não só essa variação de gênero mas uma abordagem um pouco mais lúdica junto com a criança, eu não iria conseguir acessá-la nunca. (P1)

Então, primeiro eu escuto o que eles estão falando e dentro da terapia eu converso um pouco mais com a criança sozinha, vou inserindo os pais dentro desse... da terapia, pra que eu consiga tá mostrando assim “olha pra isso daqui que coisa linda que ele fez! Ele fez sozinho!” Passo orientações também de como eles podem ter pequenas mudanças no seu cotidiano, no seu dia a dia pra introduzir essas letras, introduzir atividades que envolvam a leitura e a escrita no cotidiano deles, de forma que essas crianças entendam a importância e o uso da leitura e da escrita que não está vinculado apenas à um aprender da escola. Então, eles conseguem querer fazer isso para os diversos gêneros textuais. (P3)

depois do meu processo avaliativo de que eu pensei tudo que... ne? Eu fechei a avaliação, eu vou a escola, sempre marco com a escola a primeira visita para observação do comportamento daquela criança na sua rotina de aula e de intervalo, de recreio com as outras crianças. Eu retorno a escola para conversar com o professor e o coordenador pedagógico para ouvir a demanda dele e a partir disso a gente sentar e pensar em estratégias conjuntas, se assim for necessário porque tem crianças que precisam que o professor adequa as suas atividades pedagógicas a demanda da criança. (P4)

eu acho que beira assim... pra mim me apoia ao tratamento do meu paciente, na terapia do meu paciente. Mas pra escola fica uma consultoria, de como eu posso ajudar essa criança na sala. Então eu vou ajudar os professores a entender essa parte. Eu acho que beira consultoria e na verdade, ouvir qual é real problema né? Qual é a real dificuldade da criança naquele âmbito. Eu acho que é mais ou menos por ai. Pra mim eu vou assim, quero ajudar ela a enfrentar esse problema em diversos lugares. (P5)

Então, acolho sim essa demanda e tento ir ressignificando e construindo um novo olhar junto com a família, junto com o sujeito e junto com a escola, eu sempre procuro ir a escola, sempre procuro conversar com as pessoas que fazem parte do processo educacional dessa criança, desse adolescente, pra juntos a gente construir uma nova perspectiva de relação desse sujeito com a Linguagem. (P6)

As entrevistadas P1, P3, P4, P5 e P6 trouxeram falas distintas sobre a sua atuação com a queixa escolar. P1, P3 e P6 trouxeram uma atuação voltada ao espaço clínico junto aos atores sociais e P4 e P5 apontaram uma atuação no espaço escolar. O processo terapêutico é, em geral, construído a partir dos dados obtidos na avaliação fonoaudiológica. O caminho a ser trilhado então vai depender do olhar do terapeuta sobre o sujeito, sua família, seu processo de escolarização, sua queixa e sobre a linguagem.

As entrevistadas P4 e P5 partem de um olhar sobre a queixa como demanda do ambiente escolar e, coerentemente com essa perspectiva sobre a queixa, reproduzem esse olhar na conduta terapêutica. P4 aponta que após a avaliação fonoaudiológica da criança/jovem na clínica ela adentra o espaço escolar para observação da escola e da criança nesse espaço: *“sempre marco com a escola a primeira visita para observação do comportamento daquela criança na sua rotina de aula e de intervalo, de recreio com as outras crianças.”* (P4). Em seguida, P4 refere que retorna a escola para implantar as orientações fonoaudiológicas junto ao professor e coordenador pedagógico com o objetivo de ouvir o professor e/ou o coordenador sobre suas questões:

Eu retorno a escola para conversar com o professor e o coordenador pedagógico para ouvir a demanda dele e a partir disso a gente sentar e pensar em estratégias conjuntas, se assim for necessário porque tem crianças que precisam que o professor adequa as suas atividades pedagógicas a demanda da criança. (P4).

Aparentemente P4 assume uma postura que busca o diálogo e a construção conjunta de estratégias terapêuticas que vão ajudar a criança/jovem no processo escolar. No entanto, P4 afirma que é necessário que o professor *“adeque as suas atividades pedagógicas a demanda da criança”* (P4), sem problematizar o contexto educacional e o sistema político no qual o professor e toda a comunidade escolar estão inseridos. Quando a pesquisadora pergunta sobre as dificuldades apresentadas por P4 na sua atuação com a queixa escolar as contradições continuam aparecendo em sua narrativa:

Tem professores que são extremamente resistentes aquele trabalho. Já teve professor de me perguntar “vem cá, mas você vai fazer o meu trabalho pedagógico?” ou então de... eu dou muito o meu whatsapp, todo mundo tem meu whatsapp mas ele não procura, ele não tem aquele retorno, ele não vai, apesar de você se colocar à disposição. (P4)

É possível observar na fala da entrevistada uma culpabilização do professor pela dificuldade da fonoaudióloga em acessá-lo. A entrevistada atribui essa “resistência” a um desconhecimento do trabalho da Fonoaudiologia ou uma ameaça quanto a suposta possibilidade do fonoaudiólogo assumir o papel pedagógico do professor. P4 assume uma postura

individualizada e autoritária ao apontar que a parceria junto ao educador não ocorre por falta de interesse dele.

Essa conduta terapêutica também é observada na fala de P5 ao enfatizar o seu papel na escola: *“Mas pra escola fica uma consultoria, de como eu posso ajudar essa criança na sala. Então eu vou ajudar os professores a entender essa parte. Eu acho que beira consultoria e na verdade, ouvir qual é real problema né? Qual é a real dificuldade da criança naquele âmbito. Eu acho que é mais ou menos por ai.”* (P5). A entrevistada se coloca numa posição assimétrica em relação ao professor ao atribuir o seu saber técnico superior ao do professor quando afirma que cabe a ela passar a informação de como ele deve compreender o problema da criança/jovem e o que é que ele tem que fazer pra criança/jovem melhorar.

As entrevistadas P4 e P5 descrevem uma atuação terapêutica junto à escola pautada no olhar medicalizante. As entrevistadas assumem uma postura individualizada e assimétrica frente ao professor e coordenador pedagógico, atribuindo a resolução dos problemas escolares ao saber técnico-científico fonoaudiológico desconsiderando as especificidades e particularidades de toda a comunidade escolar (GENTIL, 2016).

As fonoaudiólogas P1, P3 e P6, por outro lado, apontam estratégias preocupadas com a subjetividade do sujeito e o sofrimento decorrente das experiências com a linguagem no ambiente escolar. A fala de P1 demonstra uma tentativa de construir uma conduta terapêutica que rompa com as propostas pedagógicas com a linguagem engessadas e descontextualizadas da realidade dos alunos: *“em geral, eu tentava aproximar também da realidade da criança. Eu tinha muita preocupação daqui não virar a escola parte 2 então meu intuito também não é pedagógico mas também de...dar função aquela estratégia também que eu vou tá trabalhando.”* Muitas das crianças que chegam nos consultórios fonoaudiológicos vivenciam relações de sofrimento com a linguagem e diante dessas experiências fracassadas muitas delas apresentam grande resistência em realizar atividades, mesmo que lúdicas, que exponham suas habilidades com a linguagem escrita (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SOUZA, 2014). Muitas dessas vivências negativas são construídas no ambiente escolar que, inserido em um sistema normativo e excludente, baseia suas propostas pedagógicas com a linguagem escrita em atividades de codificação e decodificação de letras e sons, caracterizando a escrita como algo irrelevante e mecânico (BERBERIAN, 2003).

A entrevistada P3 traz em sua fala uma preocupação em reconstruir, juntamente com a criança/jovem e a família, novas experiências com a linguagem baseadas nas potencialidades da criança e em novas práticas com a linguagem: *vou inserindo os pais dentro desse... da terapia, pra que eu consiga tá mostrando assim “olha pra isso daqui que coisa linda que ele*

fez! Ele fez sozinho!” Passo orientações também de como eles podem ter pequenas mudanças no seu cotidiano, no seu dia a dia pra introduzir essas letras, introduzir atividades que envolvam a leitura e a escrita no cotidiano deles, de forma que essas crianças entendam a importância e o uso da leitura e da escrita que não está vinculado apenas à um aprender da escola.” (P3). As práticas de leitura e escrita fora do ambiente escolar viabilizam a possibilidade de construção de novos sentidos a essas práticas, tornando-as prazerosas e significativas para o sujeito. Ao fonoaudiólogo cabe ressignificar esse processo investindo em práticas diversas, reconstruindo o sentido da linguagem escrita para/com a criança/jovem, como cita Berberian (2003): “Em outras palavras, diferentes exposições, expectativas e interações sociais formuladas em relação e com base na escrita geram diferentes possibilidades de descobertas e operações linguísticas por parte da criança.” (p. 26).

P6, partindo do mesmo olhar sob a linguagem e o processo escolar que P1 e P3, traz em sua fala um processo terapêutico marcado pela ressignificação do processo de aprendizagem junto a criança/jovem, a sua família e a escola: *“Então, acolho sim essa demanda e tento ir ressignificando e construindo um novo olhar junto com a família, junto com o sujeito e junto com a escola, eu sempre procuro ir a escola, sempre procuro conversar com as pessoas que fazem parte do processo educacional dessa criança, desse adolescente.” (P6). Observa-se que P6 traça sua prática terapêutica voltada a todos os atores envolvidos no processo educacional da criança/jovem, caracterizando um olhar ampliado sobre o processo educacional e os estigmas que o permeiam levando a um enfrentamento do sofrimento vivido pelo aluno e sua família, que enxerga no fonoaudiólogo uma relação de confiança, parceria e uma possibilidade de retomar os caminhos do processo de aprendizagem (PERROTA, 2014).*

B.2) Atuação com a escola

No trabalho terapêutico com a linguagem, a atuação junto a escola é parte das ações da clínica fonoaudiológica. Além de propor uma escuta atenta e qualificada junto a criança/jovem e a família é importante que o profissional mantenha esse mesmo contato com a equipe escolar. As entrevistadas trouxeram falas que exemplificaram sua conduta junto ao ambiente escolar:

a gente tenta entrar em contato com o professor quando a criança tá naquele contexto que é só um ou dois professores, é mais fácil da gente conseguir trocar, pela própria estrutura do colégio. Mas a visita a escola, o que eu acho que deveria acontecer mais vezes, ela acontecia muito pontualmente e isso também eu acho que é enquanto falha minha também. Eu lembro que os pacientes que eu atendi, alguns eu consegui ir na escola, mas outros não e geralmente na época não era dentro do processo de trabalho,

o que eu já acho um erro. Hoje eu já faria diferente. Então se eu fizer isso fora do horário de trabalho, eu tô dizendo que aquilo dali não tá demarcado na minha atuação clínica. Então eu acho que hoje eu faria diferente, eu acho que é um gesto simbólico diferente pra clínica também. (P1)

Dependendo da queixa a gente marca e faz uma visita a escola. Essa visita à escola é com o coordenador geral da turma e com o professor, normalmente sempre com o professor. Eu sempre vou escutar o que a escola vai trazer de informações, mas também, passar algumas informações que eu acho importante (P2)

Então, normalmente não são feitas tantas visitas à escola quanto eu gostaria. Tanto a rotina da própria escola como a rotina da gente... se a gente pensa no atendimento ideal eu pensaria em uma presença muito maior dentro da escola. Mas eu coloco isso como limitação da gente... de você conseguir fazer essa visita, porque você faz essa visita e não pode fazer tanto essa visita de forma gratuita... então, você faz como para cobrar por isso? Mas a maioria das vezes é assim olhando pro relógio tipo “você tem quinze minutos para falar comigo!”. Então, eu tenho o meu roteiro de entrevista, porque eu tenho que falar rápido né? muitas vezes ou a maioria delas, eu tinha um tempo. Então, o tempo é limitador! Eu não vou conseguir alcançar a subjetividade, alcançar todas as informações ou... até orientações que sejam necessárias dentro daquele curto espaço de tempo. (P3)

É como eu te falei, vou na escola, vou lá e faço a primeira visita de observação, depois a visita de conversa, depois a visita de adaptação curricular, é o que tem acontecido de uma forma geral. (P4)

Sempre que eu sou chamada pra reunião, geralmente está a professora da criança, a coordenação daquele nível da educação (educação infantil, educação fundamental, o que tiver) e tem acontecido com mais frequência ter um psicólogo educacional acompanhando. E na reunião eu tento sempre caracterizar a gente né? A gente precisa falar sobre o paciente em si e o que a gente precisa para ajudar aquele aluno na escola. (P5)

Em geral, quando tem algum sujeito que chega a clínica com queixa escolar, eu sempre mantenho contato com a escola, sempre busco fazer reuniões com a coordenação pedagógica, com o professor, com o profissional de saúde que, de repente, tenha na escola e acompanha o caso. Então, é a forma que hoje eu encontro de ter acesso a escola é essa! (P6)

A escola torna-se terreno fértil quando o assunto é profissionais da saúde, sempre há um terapeuta aqui ou lá transitando pelos corredores escolares buscando informações, trocas, orientações, parceiros... o que muda é o significado que se atribui a escola no processo terapêutico do fonoaudiólogo.

P1 traz uma fala reflexiva sobre a sua atuação junto à escola. Ela aponta que apesar de buscar manter o contato junto à escola, ele ocorre de uma forma muito pontual e pouco frequente e quanto isso era realizado fora do seu horário de trabalho: *“Mas a visita a escola, o que eu acho que deveria acontecer mais vezes, ela acontecia muito pontualmente e isso também eu acho que é enquanto falha minha também (...) Então se eu fizer isso fora do horário de*

trabalho, eu tô dizendo que aquilo dali não tá demarcado na minha atuação clínica. Então eu acho que hoje eu faria diferente, eu acho que é um gesto simbólico diferente pra clínica também.” (P1).

Observa-se na fala de P1 que a tentativa de manter um contato com a escola é limitada não pelo olhar da terapeuta sobre essa parceria, pois a entrevistada pontua que realiza sim esse contato com a escola, mas é limitado pelas amarras do sistema capitalista que restringe o seu ir e vir em virtude de sua proposta mercadológica em que o trabalhador deve cumprir as normas de trabalho delimitadas pelo seu empregador, para evitar penalizações futuras (CAFIERO, 2014). A entrevistada pontua que a visita a escola deve se configurar como uma prática de atuação fonoaudiológica: *“Então se eu fizer isso fora do horário de trabalho, eu tô dizendo que aquilo dali não tá demarcado na minha atuação clínica.” (P1)*. P1 aponta a importância da relação entre o fonoaudiólogo e a escola e o quanto essa prática é desvalorizada pelo sistema, pois, para exercer tal prática, o profissional precisa se ausentar do seu local trabalho e ser remunerado, realidade que não é viável com as normas do sistema capitalista, pois ausentar-se no seu horário de trabalho significa diminuir o número de atendimentos, ou seja, diminuir o lucro. Siqueira e Pedruzzi (2009) apontam que há uma precarização no trabalho do fonoaudiólogo pela dificuldade estrutural no seu ambiente de trabalho, limitação de autonomia, instabilidade empregatícia e baixa remuneração, e que isso afeta não só o trabalhador, mas também o usuário, seja no serviço público ou privado.

P3 aponta a mesma realidade precária e limitadora da atuação fonoaudiológica no sistema capitalista que P1: *“Mas eu coloco isso como limitação da gente... de você conseguir fazer essa visita, porque você faz essa visita e não pode fazer tanto essa visita de forma gratuita... então, você faz como para cobrar por isso?” (P3)*. E ainda, ressalta uma dificuldade no contato com os professores devido ao tempo limitante disponível para que o professor possa ausentar-se dos compromissos em sala de aula: *“Mas a maioria das vezes é assim olhando pro relógio tipo “você tem quinze minutos para falar comigo!”. Então, eu tenho o meu roteiro de entrevista, porque eu tenho que falar rápido né? muitas vezes ou a maioria delas, eu tinha um tempo. Então, o tempo é limitador! Eu não vou conseguir alcançar a subjetividade, alcançar todas as informações.” (P3)*.

Como já apontado, a precarização do trabalho atinge todos os setores da sociedade, principalmente a educação, a precarização do trabalho do professor é pautada pelas péssimas condições de trabalho que lhes são oferecidas, escolas com infraestrutura precárias e insalubres, instabilidade de emprego, baixa remuneração, autoritarismo dos gestores ao imporem políticas públicas descontextualizadas a realidade em que exercem a profissão (SOUZA, 2015). Toda

essa realidade inviabiliza ações que ultrapassem as normas trabalhistas, tanta para os profissionais da saúde quanto da educação, seja para o aperfeiçoamento profissional (é sempre muito difícil para esses profissionais conseguirem dispensa no período de trabalho para participarem de cursos, seminários, pós-graduação...) ou mesmo um espaço de troca com outros profissionais.

P2 aponta em sua fala a importância do diálogo com a escola: *“Eu sempre vou escutar o que a escola vai trazer de informações, mas também, passar algumas informações que eu acho importante”* (P2). No entanto, ela não deixa claro o significado dessa escuta, se ela tem um caráter medicalizante, em que o profissional adentra o espaço escolar para identificar o que precisa ser modificado e ajustado de acordo as orientações fonoaudiológicas ou se a escuta parte de uma atuação não medicalizante em que preocupa-se em ouvir os atores envolvidos e construir junto ao professor e coordenador pedagógico novos caminhos para enfrentar as dificuldades no processo escolar.

A entrevistada P6 resume sua atuação junto a escola a reuniões realizadas junto aos professores, coordenador pedagógico e outro profissional da saúde que atue no espaço escolar: *“eu sempre mantenho contato com a escola, sempre busco fazer reuniões com a coordenação pedagógica, com o professor, com o profissional de saúde que, de repente, tenha na escola e acompanha o caso.”* (P6). Apesar da entrevistada demonstrar que o contato com a escola faz parte da sua prática ela não especifica o caráter de suas reuniões, se estas limitam-se a uma fala unilateral, em que o fonoaudiólogo se propõe a orientar o professor e coordenador pedagógico sobre as adequações necessárias no currículo escolar ou se há uma construção conjunta de todos os profissionais para pensarem estratégias que viabilizem um olhar amplo sobre o processo educacional e os estigmas do fracasso escolar.

As falas de P4 e P5 chamam atenção pelo olhar medicalizante sobre a atuação junto à escola. P4 traz um discurso característico da clínica biomédica em que o foco é a observação do aluno: *“faço a primeira visita de observação”* (P4) (a identificação dos sinais e sintomas) e diante das necessidades observadas a *adaptação curricular*: *“depois a visita de conversa, depois a visita de adaptação curricular, é o que tem acontecido de uma forma geral”* (P4). P5 traz apontamentos quanto a sua atuação junto à escola que podemos caracteriza-la como prática individualizante ao tentar marcar a sua importância técnica e profissional provocando uma imposição de coordenadas sobre o que deve ser alterado na rotina escolar a partir do ponto de vista do fonoaudiólogo: *“E na reunião eu tento sempre caracterizar a gente né? A gente precisa falar sobre o paciente em si e o que a gente precisa para ajudar aquele aluno na escola”* (P5).

O fonoaudiólogo muitas vezes adentra o espaço escolar com o intuito de instruir o professor e toda a equipe escolar sobre o processo de aprendizagem para que assim minimize as dificuldades de aprendizado dos alunos (CARLINO & DENARI & COSTA, 2011; LUZARDO & NEMR, 2006; CARVALHO & CRENITTE & CIASCA, 2007). Essa postura autoritária adotada pelo fonoaudiólogo só provoca uma “resistência” do professor em estabelecer qualquer relação com qualquer profissional que adentre seu espaço. Pois não há uma troca de conhecimentos, há uma imposição de regras e orientações descontextualizadas da realidade em que o professor e toda a equipe escolar se encontram. Essa resistência não ocorre só com o fonoaudiólogo, mas com diversos outros profissionais da área da saúde que transformam o espaço escolar em um laboratório, onde coletam seus dados e abandonam a escola sem ao menos se preocupar em valorizar a participação da comunidade escolar.

Ao fonoaudiólogo, cabe construir um vínculo profissional permeado pelo diálogo, pela troca de saberes entre o fonoaudiólogo e equipe escolar, principalmente com o professor, em que ele possa ser ouvido sobre as dificuldades enfrentadas pelo aluno e pela escola e os fatores socioculturais que possam contribuir nesse processo e para que então, conjuntamente, sejam realizadas reflexões sobre o processo educacional e terapêutico, fortalecendo-o e transformando-o em um agente de mudanças sem ter que terceirizar a outros profissionais (da saúde e/ou educação). É promover reflexões acerca de definições sobre a linguagem, sujeito, escola e família, dentro do sistema educacional brasileiro (SIGNOR & SANTANA, 2016).

B.3) Atuação com à família

Para a fonoaudiologia, no que se refere ao trabalho terapêutico, a atuação junto a família é vista como obrigatória. Encarar a família como ator do processo terapêutico ou co-terapeuta são alguns dos pontos que podem diferenciar uma atuação clínica medicalizante de uma *não* medicalizante. As entrevistadas trouxeram em suas falas atuações distintas junto à família:

A família tem orientação. Eu faço a família entender o processo, o que está sendo feito, o que está sendo trabalhado e o que é que ela pode observar na criança, no outro contexto, na casa, nas atividades da escola, nas reuniões da família... ela também tá levando toda a terapia, claro que de uma forma mais tranquila não tão terapêutica, não tão profissional mas dar continuidade aquilo que a gente já tá fazendo em clínica. Eu tento fazer reunião com os pais pelo menos a cada mês.(P2)

Então, com os pais é o essencial, não tem como ter terapia com criança sem incluir os pais, ainda mais pra isso, ainda mais pra leitura e escrita” o que é que eu vejo ultimamente, mais assim... os pais que são céticos, que não acreditam naquilo que eu tô fazendo, porque é muita brincadeira e eles querem atividade ou então com cobranças “cadê? Ele não tá escrevendo... agora acabou, a dificuldade tá aí, a professora tá cobrando, todo mundo tá cobrando! Me dê resultado!” A gente precisa de construção e parceria. E aí, muitos pais, muitos, muitos eu consigo conscientizar,

assim, trazer a minha abordagem, como é que a gente faz pra inserir, com os pais eu preciso dizer vinte vezes a mesma coisa pra a gente conseguir ter essa disponibilidade de ter mudanças no seu dia a dia, que são tão pequenas...minha interpretação com os pais é de ter muita paciência, precisa ter paciência porque, de fato, a gente precisa repetir um pouco as coisas... mas.... de compreender que eles estão dentro da lógica, eles não estão errados de pensarem dessa forma. Eles só precisam ser apresentados a outra abordagem. (P3)

Com a família o tempo todo! Desde o início até o final.” Então tem mães que eu não tiro da terapia nos três, quatro primeiros meses de terapia e ela fica dentro da sala o tempo todo. Já tem outras que depende muito da gravidade da situação. Você percebe que a mãe responde aos estímulos que a gente pede somente naquele finalzinho de terapia e eu tiro ela e no finalzinho a gente chama. Se for uma mãe que é muito resistente, que você percebe que você tá falando e ela não tá entendendo, ou ela tá falando e fazendo de forma diferente, ela não tá conseguindo compreender, ela fica em terapia para observar os momentos que a criança tá fazendo, como a gente tá atuando pra ela tentar reproduzir isso em casa da melhor forma possível. (P4)

“eu acredito que o sucesso terapêutico é essa parceria. Quem é que vai promover realmente as mudanças que a gente sugere e... mostra o que é melhor para aquela criança. Se ela não fizer não vai adiantar né?” (P5)

As entrevistadas P2, P3, P4 e P5 restringem sua atuação com a família a orientações sobre o processo terapêutico transformando-os em co-terapeutas, pois, para que haja sucesso terapêutico, é necessário que os familiares reproduzam as orientações determinadas pelas terapeutas em casa.

P2 refere na entrevista que inicialmente “conscientiza” a família sobre o que está sendo trabalhado em terapia: *“Eu faço a família entender o processo, o que está sendo feito, o que está sendo trabalhado e o que é que ela pode observar na criança, no outro contexto, na casa, nas atividades da escola, nas reuniões da família.”* (P2). A mesma entrevista justifica sua posição afirmando que suas ações são importantes para que os familiares possam dar continuidade ao processo terapêutico em casa: *“ela também tá levando toda a terapia, claro que de uma forma mais tranquila não tão terapêutica, não tão profissional, mas dar continuidade aquilo que a gente já ta fazendo em clínica.”* (P2).

Quanto à entrevistada P3, sua atuação também é marcada pela “conscientização” e pontua o quanto é preciso ter paciência com as famílias e usa como estratégia a repetição de informações: *“minha interpretação com os pais é de ter muita paciência, precisa ter paciência porque, de fato, a gente precisa repetir um pouco as coisas.”*

A entrevistada P4, seguindo um caminho semelhante ao das entrevistadas anteriores, descreve a estratégia utilizada com as mães no processo terapêutico mantendo-as dentro da sessão junto com a criança: *“Então tem mães que eu não tiro da terapia nos três, quatro primeiros meses de terapia e ela fica dentro da sala o tempo todo”* (P4). Em seguida, P4 avalia

o desempenho do familiar após a utilização da sua estratégia terapêutica: *“Você percebe que a mãe responde aos estímulos que a gente pede somente naquele finalzinho de terapia.”* (P4). A entrevistada refere ainda, que a depender desse desempenho aumenta o tempo do familiar em terapia junto à criança/jovem: *“Se for uma mãe que é muito resistente, que você percebe que você tá falando e ela não tá entendendo, ou ela tá falando e fazendo de forma diferente, ela não tá conseguindo compreender, ela fica em terapia para observar os momentos que a criança tá fazendo.”* (P4). Ao final da sessão espera-se que todo o processo de conscientização seja reproduzido em casa: *“como a gente tá atuando pra ela tentar reproduzir isso em casa da melhor forma possível.”* (P4).

Nos trechos de fala que destacamos é possível observar que a postura terapêutica das entrevistadas P2, P3 e P4 é totalmente assimétrica, autoritária e medicalizante. Uma atuação com a família limitada a orientações, reuniões e prescrição de atividades, que transforma o familiar em um co-terapeuta, o que se constata é a presença de uma clínica tradicional biomédica (GUARINELLO & LACERDA, 2007). A família também é um ator no processo educacional da criança/jovem e adentra a clínica fonoaudiológica carregada de estereótipos e culpabilização pelo o fracasso escolar da criança/jovem. Numa clínica de caráter medicalizante questões como estruturação familiar, relações familiares, baixo poder aquisitivo com condições inadequadas e precárias de vida são relacionadas ao péssimo aprendizado da criança/jovem (FERRIANI & IOSSI, 1998).

A “conscientização familiar” é uma prática comum na clínica fonoaudiológica, especialmente no trabalho com a motricidade orofacial e a disfagia, em que a conduta terapêutica é pautada na repetição de exercícios musculares e na conscientização do paciente e da família sobre a importância da reprodução do exercício em casa da forma correta para a garantia de um bom prognóstico. Essa clínica implica uma concepção de sujeito e diálogo distintas da clínica não medicalizante, que na verdade se anula a existência do sujeito e do diálogo e concebe-se a definição de um sujeito portador de uma patologia fonoaudiológica que durante o processo de “cura” será treinado a reproduzir as estratégias terapêuticas traçadas na clínica para um bom prognóstico.

Mas há outros olhares sobre a família, outros direcionamentos terapêuticos, outra clínica viável e não medicalizante, que se materializou nas falas de P1, e P6:

Todas as sessões têm esse momento de conversar com a família no final da sessão. Então, é bacana você mostrar para a mãe e para o familiar o outro lado da história também, das potencialidades da criança pra que a família enxergue. Porque às vezes a família só enxerga a dificuldade... até pelo discurso se você for analisar “olha não

consegue, não faz. Ainda não consegue isso”. Então mostrar o outro lado da moeda pra família também (P1)

A família é parte do processo terapêutico. Ela é convocada para o setting terapêutico, ela é escutada, ela é acolhida e durante todo o processo, todo o processo, a cada sessão eu busco que essa família participe dessa ressignificação do sintoma que envolve a queixa escolar. (P6)

Observa-se na fala das entrevistadas uma atuação fonoaudiológica que busca compreender que a família é parte essencial no processo escolar da criança/jovem e que é necessária uma escuta atenta que acolha suas angústias e vivências diante dos estigmas, estereótipos e culpabilizações do fracasso escolar tornando a família uma parceira no enfrentamento dos problemas.

Como observado na experiência de Bordin & Coudry (2015), as autoras relatam na sua atuação com crianças e jovens com dificuldades escolares, no Centro de Convivência de Linguagens (Ccazinho)/IEL/UNICAMP, a importância da atuação com a família a partir de um olhar não medicalizante, o qual acolhe as marcas dos estereótipos do fracasso escolar e ressignifica a participação essencial do núcleo familiar no processo de aprendizagem:

Retomamos os processos de aprendizado escolar dos pais, compreendemos juntos o de seus filhos com suas dificuldades e conquistas, lançamos desafios para a contribuição dos pais no processo escolar dos filhos, o que por sua vez teve um efeito positivo nas relações da família. Saber o que os filhos aprendem, poder acompanhar algumas lições de casa, ampliar suas experiências culturais com as de seus filhos tem sido uma vivência genuína que dá frutos na vida da família, e também da escola (BORDIN & COUDRY, 2015, p.143).

Desta forma, cabe ao fonoaudiólogo acolher esse sofrimento e traçar caminhos terapêuticos junto a todos os envolvidos, de modo que seja possível buscar a ressignificação do processo de aprendizagem e a participação de todos os atores nesse processo (PERROTA, 2014).

B.4) Aspectos imprescindíveis para a atuação fonoaudiológica com a Queixa Escolar

Ao questionar a atuação das participantes em vários âmbitos buscou-se também compreender o que elas considerariam como sendo de grande importância para a atuação do fonoaudiólogo com a queixa escolar:

se aprimorar em relação a isso, ter contato com as leis, não só de diretrizes e bases e as nacionais mas com toda a legislação que embasa também. (P1)

Na fala de P1 destacada acima, percebe-se uma preocupação da entrevistada em se respaldar de conhecimentos além dos ofertados na graduação, que sustente suas escolhas, estratégias e argumentos dentro da clínica e fora dela. O aprimoramento de conhecimentos, além dos tradicionalmente esperados na formação profissional em Fonoaudiologia, pode ser considerado como uma tentativa de ultrapassar os muros sólidos e intransigentes da área da saúde associado a compreensão de que para atuar sobre a queixa escolar é necessário conhecer/compreender/vivenciar o sistema educacional e suas relações estabelecidas com todos os atores desse processo, além de aprofundar-se nas *“leis, não só de diretrizes e bases e as nacionais mas com toda a legislação”* (P1).

A fala de P5 traz uma fala similar a de P1:

dominar a questão fonoaudiológica, eu acho que tem que saber muito conversar com a equipe escolar de igual para igual (P5)

P5 também aponta a importância de respaldar-se de conhecimento, no entanto, enfatiza o saber técnico-científico dentro da Fonoaudiologia. Esse caminho só demonstra o olhar reduzido da entrevistada em atribuir sua atuação apenas a saberes fonoaudiológicos, recaindo sobre a atuação individualizada e assimétrica dos profissionais da saúde em adentrarem o espaço escolar preocupados em habilitar os profissionais da educação desconsiderando o conhecimento e vivências desses atores (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014). O profissional busca agregar novos conhecimentos, mas limita-se ao olhar da clínica hegemônica, levando o fonoaudiólogo trilhar novos caminhos, mas com a mesmo olhar sobre o processo educacional.

A fala de P2 retoma essa discussão:

“pensar na criança de diversas formas (...) então você consegue traçar um planejamento terapêutico diferenciado” (P2)

A entrevistada aponta a importância de pensar na criança em diferentes formas para traçar uma conduta diferentes, no entanto, não explica como trilhar esse caminho e em que o seu olhar sobre o processo educacional se sustenta. Como a entrevistada P5, busca-se escolhas diferentes, mas ao partirem de um mesmo ponto, a clínica hegemônica, os caminhos terão a mesma essência biologicista e medicalizante (GENTIL, 2016).

A fala de P6 traz elementos distintos das falas das demais entrevistadas:

o fonoaudiólogo precisa saber que o seu papel não é só considerar as questões de ordem biológica, mas considerar que esse sujeito está inserido em um contexto né, e esse contexto ele é social e é histórico. (P6)

P6 aponta um olhar sob o sujeito além das questões orgânicas, alcançando o contexto social e histórico em que ele se encontra. Levar em consideração esses aspectos pode ser um rompimento com o olhar reduzido da clínica biomédica, no entanto, é preciso cuidado com o sentido atribuído “ao contexto social e histórico”, pois a clínica medicalizante diz que também considera esses aspectos no processo educacional. Há estudos (ZORZI, 2004; CAPELLINI, TONELOTTO & CIASCA, 2004; CAPELLINI & OLIVEIRA, 2003) que consideram o fator social e histórico do aluno no processo de aprendizagem como determinantes do fracasso escolar, atrelando a baixa condição socioeconômica, a baixa escolaridade de familiares, o histórico de fracasso escolar de outros membros do núcleo familiar, como desencadeadores do insucesso escolar da criança/jovem. Por isso, é necessário compreender de onde parte esse profissional e qual o olhar atribuído ao social e histórico no contexto do processo educacional, para então significar esses elementos em sua fala como constitutivos de um olhar medicalizante ou não medicalizante.

Outro ponto importante é citado pela entrevistada P1:

De como ir na escola, de saber qual é a postura que você vai adotar na escola também, porque você não vai interferir na conduta pedagógica, mas você pode ser um parceiro desse profissional. Até repensar também a nossa postura nesses espaços. Então da gente repensar também a nossa postura nesses espaços, que às vezes, a nossa postura nesses espaços faz com que esses outros profissionais tenham um outro olhar sobre a gente né? E isso dificulta o andamento terapêutico. (P1)

P1 aponta a importância de respeitar o professor e a sua conduta nesse espaço que tanto desmerece sua função e o coloca como produtor do fracasso do sistema educacional e, assim, repensar a postura do fonoaudiólogo no espaço escolar. O olhar sobre o professor pelo profissional da saúde, pais, alunos e parte da sociedade, ainda é muito culpabilizante. O professor é visto como irresponsável, negligente e descompromissado com o aluno (SOUZA, 2015). No entanto, são eles que são desvalorizados e negligenciados, vítimas de um sistema repressor, como afirma Patto (1992):

Não se pode também responsabilizar os professores pelas mazelas da escola pública fundamental, uma vez que eles não passam de produtos de uma formação insuficiente, porta-vozes da visão de mundo da classe hegemônica e vítimas de uma política educacional burocrática, tecnicista e desconhedora dos problemas que diz querer resolver. (p. 114)

A produção do fracasso escolar tem como base questões muito mais complexas que afetam diretamente o professor, como a implantação de políticas públicas de forma autoritária e alheia a discussões, saberes e opiniões dos próprios professores; instabilidade do cargo de docente, seja atribuída aos concursos de remoção ou por afastamento do professor por motivos de doença relacionadas as péssimas condições de trabalho; baixos salários; ausência de infraestrutura nas escolas, entre outras questões (SOUZA, 2015).

Essa preocupação apontada por P1 em acolher o professor, respeitando e compreendendo o papel que ele ocupa no processo educacional é uma ruptura do olhar medicalizante sobre a atuação do professor (SOUZA, 2015), e uma oportunidade para o profissional assumir outra postura frente ao professor, de escuta e acolhimento para que conjuntamente construam caminhos de sucesso no processo educacional (ANGELUCCI, 2015). O fonoaudiólogo assim, rompe com a postura individualizada e assimétrica frente aos atores escolares e estabelece uma verdadeira relação de parceria e troca de saberes diante do processo escolar.

P4 traz uma fala também se referindo ao professor:

O acolhimento da demanda do professor. Porque ele tem um... papel privilegiado. Se a gente souber juntar e fazer uma parceria boa e interessante, aquele professor vai ser o multiplicador e vai ajudar aquela criança a potencializar o que a gente vem trabalhando em terapia. (P4)

A fala de P4, inicialmente, traz pontos concordantes com esse olhar de cuidado e respeito ao professor, como por exemplo, quando considera o papel importante do professor no processo escolar e aponta a importância de acolher a demanda vinda desse profissional. No entanto, quando a entrevistada aponta como consequência dessa ação que o “*professor vai ser o multiplicador e vai ajudar aquela criança a potencializar o que a gente vem trabalhando em terapia.*”, nos questionamos sobre o real significado desse acolhimento. Pois, mais uma vez, a atuação fonoaudiológica recai sobre uma prática medicalizante sustentada no fato de que o profissional da saúde é o detentor do saber e o professor um profissional despreparado que deve acatar as orientações do profissional da saúde para que os problemas educacionais sejam sanados (SOUZA, 2015).

B.5) Dificuldades na atuação com a Queixa Escolar

As entrevistadas trouxeram falas significativas sobre as dificuldades de atuação, trazendo pontos importantes para o debate. Um dos pontos importantes foi o relato da dificuldade de acessar outro profissional da saúde:

“A dificuldade em articular com esse outro profissional que receitou esse medicamento. Eu não vou interferir na conduta do outro profissional, mas a gente observa na clínica né, ‘poxa, será que realmente precisava?’ Então, a dificuldade, às vezes, é de acessar o profissional, de conseguir achar o profissional.” (P1)

Quando P1 refere dificuldade em articular com “*esse outro profissional que receitou esse medicamento*”, evidentemente está falando do médico, único profissional da saúde considerado competente para receitar medicamentos. Tais profissionais, em geral, sucumbem-se a serviço da ideologia dominante e passam a estabelecer uma práxis individual e isolada (PETRI, 2015). Os saberes passam a ser fragmentados, assim como o olhar e cuidado sobre o sujeito, anulando oportunidades para trocas dialógicas sobre diferentes perspectivas e saberes, além dos saberes hegemônicos (OLIVEIRA, TEIXEIRA & SANTOS, 2014). O médico é considerado o principal responsável pela prática de receitar medicamentos, já que lhe cabe o conhecimento prévio sobre as mazelas do corpo e a cura medicamentosa, assumindo assim um controle sobre o sujeito e o funcionamento do seu organismo. Tirando do sujeito a autonomia sobre o controle dos seus processos de vida e tornando-o passivo de cuidados sobre outra autoria, a do médico (GAUDENZI & ORTEGA, 2012). No processo educacional, ele assume o controle sobre a família e a criança/jovem ao buscar respostas do fracasso no processo escolar nos aspectos orgânicos do sujeito e atribuir a resolução dos problemas ao uso de medicamentos.

Outro ponto destacado que consideramos importante foi a dificuldade de acessar a escola:

Eu sinto dificuldade não do tratamento em si. Eu sinto dificuldade das escolas... assim, da representação das escolas, da compreensão social. Entender que aquilo não é preguiça, entender que aquilo... que a criança não faz aquilo porque ela quer. Então assim, entender que aquilo por trás tem uma organização neurológica, a gente precisa estimular. (P2)

Pode-se observar na fala de P2 que o tratamento (seja ele fonoaudiológico, médico...) não é um problema em si, mas a dificuldade dela é com a escola que não compreende o diagnóstico e o tratamento desse aluno com dificuldade. P2 pontua que a escola encara a dificuldade de aprendizado como desinteresse do aluno, falta de vontade, preguiça. No entanto, ela alega que há um diagnóstico neurológico que justifica o não aprendizado e que o professor precisa entender que a criança não faz “porque ela não quer”. Observa-se no trecho destacado que a dificuldade enfrentada por P2 é não só confirmar o diagnóstico, mas inseri-lo no cotidiano do professor, no contexto escolar. A prática de atuação de P2 caracteriza-se por um olhar extremamente biologizante sobre o processo de aprendizagem.

Os alunos que fracassam no sistema educacional passam a ser vistos como os problemáticos e malvistos e geram uma resistência nos professores e toda a comunidade escolar ao lidar com eles (PATTO, 1992). No entanto, Patto (1992) aponta que nem toda a criança que apresenta dificuldade de ler escrever, situada em uma escola de má qualidade apresenta um problema de ordem biológico, até porque o número de evasão e repetência nos anos escolares é superior aos diagnósticos médicos.

Outro ponto observado foi o relato sobre a dificuldade frente a ausência de um diagnóstico médico. Segue um trecho da fala de P5:

“Quando a criança não tem um diagnóstico médico, eu tenho sentido bastante dificuldade, porque não existe um porquê da escola e a família adaptar. (P5)

P5, assim como P2, enfatiza a importância de um diagnóstico médico para que as condutas e ajustes fonoaudiológicos sejam devidamente executados tanto pela família quanto pela escola. A sociedade é controlada por um conhecimento hegemônico ideológico que parte do olhar sobre o biológico para determinar controles reguladores sobre os processos naturais da vida humana (o nascer, procriar e morrer). Na nossa sociedade a medicina ainda é vista como detentora desse poder, ao controlar e ditar o que deve ser visto, como ser ou não ser, o que é normal e o que é doença (PETRI, 2015). Diante do controle social é compreensível a não aceitação pela escola e pela família ao que não é biologicamente comprovado, avaliado e diagnosticado por se limitar ao conhecimento hegemônico presente na mídia que “domina a esfera da clínica” e que invade a escola e os lares brasileiros (SIGNOR & SANTANA, 2016). O olhar medicalizante de P5 se sustenta pelo engrandecimento da hegemonia médica, ao valorizar o diagnóstico para respaldar o seu trabalho clínico e assim facilitar a adaptação da criança/jovem, da família e da escola a suas orientações e adequações.

Outro aspecto mencionado nas entrevistas foi a dificuldade de enfrentar os processos medicalizantes. Segue um trecho da entrevista de P3 e P6.

Pra conseguir trazer outra informação a família é muito difícil! Se ela já vai com um pensamento formado, algum diagnóstico na avaliação objetiva, o que aquele neuro disse, o que aquele profissional ou outro falou, o que ela leu na internet... então, quando eles já vão com essa ideia segmentada é muito complicado a gente conseguir mostrar um outro ponto de vista. (P3)

A maior dificuldade é realmente o combate a esse excesso de diagnósticos, as doenças que são inventadas por essa sociedade, dificuldade maior é de repente lidar com colegas da profissão ou outros profissionais de saúde ou profissionais da própria educação que contribuem pra essa visão medicalizante das questões infantis né, medicalizante do comportamento infantil, medicalizante da própria escrita. (P6)

P3 e P6 apontam a dificuldade em enfrentar os diversos diagnósticos presentes na atualidade sobre o processo de aprendizagem, seja com os pais, colegas de profissão e outros profissionais da saúde e da educação. O crescente avanço da área biotecnológica cria cada vez mais reféns do corpo e das várias drogas de laboratório que prometem a cura de todos os problemas (BARROS & MASINI, 2015) Os consultórios fonoaudiológicos recebem cada vez mais crianças e jovens que fracassaram no processo escolar e foram diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiante Opositor (TDO), Transtorno bipolar, Transtorno de ansiedade, Transtorno de aprendizagem, Dislexia, dentre outros (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2016).

Ir contra essa lógica medicalizante é algo complexo e trabalhoso, como aponta P3: *“quando eles já vão com essa ideia segmentada é muito complicado a gente conseguir mostrar um outro ponto de vista.”* (P3); seja entre os familiares da criança/jovem ou mesmo com os outros profissionais da saúde e educação: *“dificuldade maior é de repente lidar com colegas da profissão ou outros profissionais de saúde ou profissionais da própria educação que contribuem pra essa visão medicalizante.”* (P6). Pois, tanto os profissionais quanto os atores sociais estão inseridos em uma sociedade controlada por um sistema político ideológico que controla todos os aspectos da vida a partir de um determinismo biológico e sustenta as ações da clínica médica hegemônica para atingir assim toda a população (PETRI, 2015). Romper com esses padrões e olhares limitantes é propor uma atuação não recaia sobre o corpo, mas sobre a complexidade do processo educacional, ao mesmo tempo em que se acolhe um sujeito sofrido que carrega uma história de fracasso e culpa, dotado de singularidades e complexidades determinantes no enfrentamento dessa queixa (JÚNIOR, et al, 2016).

B.6) Contribuição dos profissionais da saúde e educação na atuação com a Queixa Escolar

As entrevistadas quando questionadas se os demais profissionais da saúde e da educação contribuíam na atuação com a queixa escolar trouxeram falas marcantes sobre os encaminhamentos realizados entre o fonoaudiólogo e outros profissionais:

“O psicólogo tem sido um dos profissionais que a gente tem mais conseguido encaminhar e manter o contato. Psicopedagogo eu também acho importante principalmente nesse link entre as questões pedagógicas, de aprendizagem com a escola. O médico é o profissional que a gente tem tido mais dificuldade de contato, de fato.” (P1)

“Os profissionais pedagógicos... psicopedagogo... sim! Mas assim, médico contribui muito pouco, então assim... pediatra muito pouco ainda. A gente tem muito pouco pediatra encaminhando. Escolas maiores tem um bom olhar, já tem outros profissionais. Então, já tem profissionais inseridos no atendimento da própria escola.” (P2)

A interpretação das entrevistadas P1 e P2 para contribuição dos distintos profissionais foi associada a viabilidade de encaminhamento da clínica fonoaudiológica para outro profissional e vice-versa. As entrevistadas deixam evidente que há uma parceria positiva entre psicopedagogos, psicólogos e a Fonoaudiologia. É através da construção dialógica entre diferentes profissionais que será viável a construção de novos sentidos de atuação e compreensão das complexidades do processo educacional (MASINI, 2004). A classe médica é apontada como o profissional de maior dificuldade para que se consiga trocar saberes. Essa dificuldade dos médicos em dialogar com outras profissões parte de uma postura hierárquica sob as demais áreas da saúde, devido ao seu poder de dominação social sobre os aspectos da vida, controlando e gerindo não só o corpo, mas os aspectos determinantes de uma vida em sociedade (GAUDENZI & ORTEGA, 2012) Há uma dominação social através do determinismo biológico, em que passa a definir o que/quem está dentro ou fora da norma (PETRI, 2015).

Sobre a clínica biomédica hegemônica é possível observar na fala de P3 e P4:

Então, contribui. Eles (os profissionais de saúde) contribuem de uma certa forma na manutenção dessa lógica, (medicalizante) porque eles não têm como sair dessa lógica se eles nunca foram apresentados à ela. (P3)

Como o professor, é um parceiro importante, porque ele tá com a criança o tempo todo. Os médicos e os outros profissionais de... né? Complicado. A família leva em consideração muito a opinião do que o médico diz... Então o médico tem aquele papel privilegiado também... (P4)

A área médica não tem conhecimento sobre o processo de aquisição da leitura escrita, os processos do aprendizado escolar e de escolarização, no entanto, consideram indevidamente situações próprias do processo de aquisição como sinais e sintomas de patologias (MASSI & SANTANA, 2011).

E sobre o combate a lógica medicalizante foi possível observar na fala de P6:

Então eu acho que podem contribuir sim e isso só vai ajudar a gente a desmistificar e a combater essa lógica da medicalização da Educação que se tornou uma epidemia, especialmente no Brasil. Podem contribuir desde que tenham uma perspectiva voltada, como eu venho falando, pra ressignificação dos sintomas que surgem da queixa escolar.” (P6)

P6 aponta que as relações profissionais podem se somar na luta para romper com a lógica medicalizante. Um exemplo desse coletivo de luta é *O Fórum sobre Medicalização da Educação e Sociedade*, criado em 2010, que busca articular com diferentes grupos e pessoas para a ampliação do debate, o enfrentamento e a superação da medicalização da vida e da educação (MONTEIRO, 2014). Essa medicalização da vida que se adapta e se transforma de acordo as necessidades e exercício de poder de determinado período histórico, necessita de resistência e luta constante para reverter esses sistemas que controlam e dominam pacificamente (PETRI, 2015). Como traz P3 em sua fala: “*Acho que é remar no sentido contrário, isso cansa muito, é muito cansativo! Mas em contrapartida deixa a gente mais forte né? Nossos braços ficam maiores... mas isso é cansativo!*” (P3) Ir contra o sistema é exaustivo e muitas vezes o profissional é capturado pela lógica medicalizante, no entanto a luta contra uma vida pautada em rótulos e diagnósticos deve continuar.

8 Considerações Finais

Perspectivas teóricas e posicionamentos distintos permearam as falas aqui descritas. Seis profissionais que estavam conectadas pelo objeto de trabalho em comum: a Queixa Escolar. Dentre tantos *enunciados*, cujos sentidos ora se aproximaram ora se afastaram, encontramos em suas experiências profissionais informações importantes sobre a complexidade da clínica fonoaudiológica no que diz respeito à queixa e ao fracasso escolar.

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar a compreensão e a atuação desses profissionais sobre a Queixa Escolar, visto que pouco se discute esta temática dentro da Fonoaudiologia. As questões levantadas com as entrevistadas dividiram-se em dois segmentos: A) Como o fonoaudiólogo compreende a Queixa Escolar, origem da queixa e perfil das crianças acompanhadas com queixa escolar e B) Como o fonoaudiólogo atua sobre a Queixa Escolar.

A análise das entrevistas nos possibilitou observar que a essência das diferenças é pautada na perspectiva teórica sobre linguagem, língua, sujeito, educação e escola que cada profissional sustenta. Os olhares e ações de cada entrevistada apresentavam um apoio teórico que validava suas práticas em mais ou menos medicalizantes. A análise dos dados nos possibilitou observar que uma mesma entrevistada apresentava falas oscilantes, contraditórias, quanto ao olhar medicalizante e não medicalizante. Essa contradição de discursos quanto a posição teórica demonstra que por mais que se realize uma tentativa de romper com a perspectiva ideológica da clínica biomédica, por vezes o profissional é capturado pelas amarras do sistema, que sufoca e aprisiona os sujeitos em sua forma medicalizante de pensar a clínica, a educação e a vida.

Essa clínica medicalizante, no que diz respeito a definição da Queixa Escolar, concretizou-se na fala das entrevistadas como um desajustamento da criança no processo escolar gerando uma insatisfação da escola. Falas como a de P2: *“quando fica mais desequilibrado os níveis de crianças nas escolas e isso começa a chamar mais atenção”* e P4: *“É a demanda que a equipe escolar traz referente aquela criança”* marcam bem essa concepção de queixa como uma demanda individual, centrada na criança e escolar. Partindo desse olhar, as entrevistadas apontaram como práticas terapêuticas com a Queixa Escolar orientações voltadas para adequação de comportamento e de práticas pedagógicas; conscientização familiar; avaliações protocolares; estratégias terapêuticas pautadas na identificação e correção de erros. Discursos como os de P2 e P4, apontam essas práticas medicalizantes:

“É como eu te falei, vou na escola, vou lá e faço a primeira visita de observação, depois a visita de conversa, depois a visita de adaptação curricular, é o que tem acontecido de uma forma geral.” (P4);

“Se for uma mãe que é muito resistente, ela fica em terapia para observar os momentos que a criança tá fazendo, como a gente tá atuando pra ela tentar reproduzir isso em casa da melhor forma possível.” (P4);

“A gente recebe a criança faz a avaliação... eu faço algumas avaliações, principalmente avaliações neuro, relacionadas ao desenvolvimento e tal vê quais são as demandas dentro da Fonoaudiologia que ela tá apresentando.” (P2)

“então, assim, tá começando a desenvolver essa parte da leitura e escrita né? Como é que tá essa coerência, essa coesão? Como é que tá essa organização grafema, fonema?” (P2).

As raízes biomédicas que ainda estão encravadas na profissão se fizeram visíveis nos relatos de várias práticas pautadas na postura curativista e reabilitadora da comunicação humana (BERBERIAN, 1995), nas quais os problemas de aprendizagem, passam a ser encarados como problemas neurológicos, cognitivos e comportamentais do aprendiz (COLLARES & MOYSÉS, 2010). A escola, por vezes, foi vista como um espaço para se exercer práticas voltadas para adaptações curriculares e orientações, no qual o fonoaudiólogo exercia uma postura individualizante e assimétrica frente ao professor, com o objetivo de alcançar o sucesso terapêutico. O papel atribuído a família neste estudo, em algumas práticas, foi o de torná-la co-terapeuta, treinada meticulosamente pelo terapeuta que a coloca no lugar de responsável direta pelo sucesso ou não da terapia.

Apesar do caráter hegemônico da clínica medicalizante, há uma oposição que cada vez mais se consolida e rompe com esses paradigmas e estereótipos sociais ressignificando o objeto de trabalho da Fonoaudiologia e o papel do fonoaudiólogo nesse espaço (MASINI, 2004). Práticas não medicalizantes encontradas tanto na atuação clínica quanto na atuação com a escola também permearam vários trechos das entrevistas.

No que refere à compreensão da queixa escolar, ela foi apontada por algumas entrevistadas como um processo complexo que envolve questões sociais, políticas, culturais, históricas na relação entre os atores sociais desse processo. P1 e P6 exemplificam bem essa definição em suas falas:

hoje tá uma questão bem complexa né? É como se a questão social não tivesse sendo vista e colocado tudo na conta de uma biomedicina né? tudo sendo colocado na conta de um processo de saúde quando na verdade existe questões sociais. - P1)

demanda que é elaborada pelo sujeito, pela sua família, que tem relação com a relação desse sujeito e a educação. (P6),

Esse olhar não medicalizante solidifica-se em práticas terapêuticas voltadas ao acolhimento do fracasso e do sofrimento do sujeito e da sua família sobre o processo educacional, traçando caminhos que visem a ressignificação dessa dor e de todo o processo escolar. Como apontadas nas falas de P1: *“o acolhimento que é um momento que a gente faz uma avaliação inicial, já tem o momento de escuta qualificada antes dele entrar em terapia com o paciente.”* e P6: *“buscando ressignificar essa relação de sofrimento do sujeito com a escrita ou com o processo educacional”*. Nestas práticas o professor é visto como um aliado no enfrentamento e ressignificação do processo educacional, e o fonoaudiólogo é capaz de , romper com uma postura individualizada e assimétrica frente a comunidade escolar: *“De como ir na escola, de saber qual é a postura que você vai adotar na escola também, porque você não vai interferir na conduta pedagógica, mas você pode ser um parceiro desse profissional.”* (P1).

Essa clínica desmedicalizante é real e viável, sustentada por profissionais preocupados em atribuir uma escuta atenta e acolhedora a todos os atores envolvidos no processo terapêutico e educacional: aluno, professor/escola e família. Além disso, propõe ressignificados sobre os processos de aquisição da linguagem escrita e todo o processo escolar, rompendo com o olhar limitado a enxergar as diferenças como sinais e sintomas do corpo e atentando-se a um sujeito sócio-histórico que se constitui pela linguagem (PERROTA, 2014; OLIVEIRA & PEREIRA, 2010; OLIVEIRA & TEIXEIRA & SANTOS, 2014; BERBERIAN, 2003; MASSI & SANTANA, 2011; MASINI & BARROS, 2015).

Romper com a clínica hegemônica biomédica é uma tarefa árdua e trabalhosa, sendo necessária uma busca contínua pelo caminho que se deseja seguir. A trilha de um caminho desmedicalizante é composta uma busca incessante de responsabilizar-se pela transformação da vida, sem rótulos, estigmas e amarras que aprisionam e sufocam todos os dias crianças e jovens brasileiros.

Por fim, acreditamos que este estudo trouxe contribuições para que a Fonoaudiologia possa repensar seu olhar e suas práticas de atendimento à queixa escolar no seu espaço clínico, a partir de reflexões críticas sobre a clínica fonoaudiológica, a realidade educacional brasileira e os processos de medicalização da vida e da educação apresentadas neste trabalho. Espera-se que as discussões aqui propostas proporcionem uma ressignificação da atuação fonoaudiológica clínica sobre a linguagem e a educação propiciando olhares com lente de aumento aos processos sócio-políticos em que o sistema educacional brasileiro se encontra, tirando os fonoaudiólogos

de uma posição confortável, simplista e redutora frente a um sistema ideológico que transforma sujeitos saudáveis em doentes. Esperamos que as discussões elencadas aqui alcancem principalmente os cursos de graduação, contribuindo com uma formação mais crítica e reflexiva no que se refere, especialmente, às práticas clínicas fonoaudiológicas e que seja o “ponta pé” para novas reflexões e debates sobre a atuação fonoaudiológica com a educação nos serviços públicos e privados de saúde inseridos no sistema capitalista.

REFERÊNCIAS

- AMADO, J. COSTA, A. P. CRUSOÉ, N. Procedimento de análise de dados. In: AMADO, J. **Manual de investigação qualitativa em educação**. Ed. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2013.
- AMADO, J. FERREIRA, S. A entrevista na investigação educacional. In: AMADO, J. **Manual de investigação qualitativa em educação**. Ed. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2013.
- ASBAHR, F. S. F. LOPES, J. S.; “A culpa é sua”. **Psicologia USP**, São Paulo. vol. 17. n. 1. p. 53-73. 2006
- BACHA, S. M. C. OSÓRIO, A. M. N. **Fonoaudiologia & Educação: uma revisão da prática histórica**. Rev. CEFAC. v. 6. n. 2. pp. 215-21. São Paulo, 2004.
- BAKHTIN, M. **Os gêneros do discurso**. In: Estética da criação verbal. 4ª ed. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 2003.
- BAKHTIN, M. **Teoria da enunciação e problemas sintáticos**. In: Marxismo e Teoria da Linguagem. Ed. Hucitec. 2004
- BAKHTIN, M. **O discurso de outrem**. In: Marxismo e Teoria da Linguagem. Ed. Hucitec. 2004
- BARROS, R. C. B. Estudo do campo de conhecimento fonoaudiológico e a clarificação do seu objeto científico. Rev. **Línguas e Instrumentos Linguísticos**. Ed. RG. Unicamp, 2012.
- BARROS, R.C.B. MASINI, L. Apresentação. In: In: BARROS, R.C.B. MASINI, L. **Sociedade e Medicalização**. Pontes. Campinas, 2015.
- BERBERIAN, A.P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. 1ª ed. Plexus. São Paulo, 1995.
- BERBERIAN, A.P. **Princípios norteadores da avaliação clínica fonoaudiológica de crianças consideradas portadoras de distúrbios de leitura e escrita**. In: BERBERIAN, A.P. MASSI, G.A. GUARINELLO, A.C. (Org.) Linguagem escrita: Referências para clínica fonoaudiológica. Plexus. São Paulo, 2003.
- BASE, NACIONAL COMUM CURRICULAR. **Ministério da Educação**. Brasil, 2017
- BORDIN, S.S. COUDRY, M.I.H. **Excluir para depois incluir**. In: BARROS, R.C.B. MASINI, L. **Sociedade e Medicalização**. Pontes. Campinas, 2015.
- BOTELHO, B. A. OLIVEIRA, E. C. As dificuldades escolares do ponto de vista da família. Anais do IV Seminário Internacional: A Educação Medicalizada: Desver o mundo, perturbar os sentidos. 2015. Disponível em: < <http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/article/view/122/122>> Acesso: 24 de Abril de 2017.

BRASIL, **Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981**. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/lei-No-6.965-de-9-de-dez-1981.pdf>> Acesso em 22 de abril de 2017.

DADOS das 5 metas. In: **Todos pela educação**. Jan. 2015. Disponível em: <<http://www.todospelaeducacao.org.br/sala-de-imprensa/releases/32460/brasil-tem-936-das-criancas-e-jovens-de-4-a-17-anos-na-escola/>> Acesso em: 23 fev. 2017

CABRAL, E. SAWAYA, S. M. **Concepção e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde**. Estudos de Psicologia. n.6. v.2. pp. 143-55. 2001.

CAPELLINI, S.A. TONELOTTO, J.M.F. CIASCA, S.M. **Medidas de desempenho escolar: avaliação formal e opinião de professores**. Rev. Estudos de Psicologia, v. 21, n. 2, p. 79-90, Campinas, 2004.

CAPELINNI, S.A. OLIVEIRA, K.T. Problemas de aprendizagem relacionados às alterações de linguagem. In: CIASCA, S. M. **Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2003.

CAFIERO, C. **Compêndio Capital**. Hunterbooks. São Paulo, 2014.

CAPRISTANO, C.C. **Mudanças na trajetória da criança em direção a palavra escrita**. Tese de Doutorado. Unicamp. São Paulo, 2007.

CARVALHO, M.P. **Quem são os meninos que fracassam na escola?** Cadernos de Pesquisa. v.34. n.121. p.11-40. 2004.

CÉSAR, A.M. MASKUD, S.S. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. Rev. CEFAC, v.9. n.1. p.133-8. 2007.

CHOU DHURY, N. BENASICH, A.A. **A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development**. J Speech Lang Hea Res. v.46. n.2. p.261-72. 2003.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. A A educação na era dos transtornos. In: VIÉGAS, L. S. RIBEIRO, M. I. S. OLIVEIRA, E. C. TELES, L. A. L. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** EDUFBA. Salvador: 2014.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M. A. A; Preconceito no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino – aprendizagem. In: ANGELUCCHI C. B.; SOUZA, B. P. (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. 1. ed. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2010. cap. 11.

COUTO, M.P.do. As novas organizações familiares e o fracasso escolar. **Rev. Psicologia da Educação**. n. 30. pp. 57-66. São Paulo, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Quantitativo de fonoaudiólogos no Brasil**. Disponível em< <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/>> Acesso: 17 de fevereiro de 2018.

DADICO, L. Terceira Via, Ideologia e Educação. In: VIÉGAS, L. S. ANGELUCCI, C. B. (Orgs.) Políticas Públicas em Educação: uma Análise Crítica a partir da Psicologia Escolar. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2011.

FARIA, L. N. Frequência da Síndrome de Meares-Irlen entre alunos com dificuldades de leitura observadas no contexto escolar. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

FERRIANI, M.G IOSSI, M.A. Significado do fracasso escolar para os atores sociais que utilizam o programa de assistência primária de saúde escolar - PROASE no município de Ribeirão Preto. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 5, p. 35-44, dez. 1998.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Ed. Forense Universitária. 5ª ed. Rio de Janeiro, 1998.

FREITAS, M.T.A. **A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa**. Caderno Pesquisa. n.116. 2002.

GAUDENZI, P. ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Rev. Interfaces da Comunicação. v.16. n.40. p.21-34. 2012

GENTIL, M.A.O. **Contribuição à crítica do trabalho da Fonoaudiologia Educacional à luz da concepção histórico-cultural da linguagem: Diante do crescente processo de medicalização e patologização da educação, que fazer?** Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016

GIROTO, C.R.M. (Org.) **Perspectivas atuais da fonoaudiologia na escola**. Ed.Plexus. Ed.2. São Paulo, 2002.

GONÇALVES, C.G.O. LACERDA, C.B.F. PEROTINO, S. MUGNAINE, A.M.M. **Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica escola e o atendimento na prefeitura municipal**. Pró-fono. v.12. p. 61-6. 2000.

GUARINELLO, A.C. LACERDA, C.B.F. **O grupo de familiares de surdos como espaço de reflexão e de possibilidades de mudança**. In: SANTANA, A.P. BERBERIAN, A.P. GUARINELLO, A.C. MASSI, G. Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações. Plexus. São Paulo, 2007.

HAGE, S.R.V. FAIAD, L.N.V. **Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação**. Rev CEFAC. v.7. n.4. p. 433-9. 2005.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Séries e Estatísticas. 2010. Disponível em: < http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=9> Acesso em: 24 de abril de 2017.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Séries e Estatísticas. 2009. Disponível em: < http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=9> Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

INEP, **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Indicadores de Fluxo Escolar da Educação Básica. Ministério da Educação**. Brasília, 2017. Disponível em:<http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/apresentacao/2017/apresentacao_indicadores_de_fluxo_escolar_da_educacao_basica.pdf> Acesso em: 06 de Março de 2018.

IETO, V. CUNHA, M. C. **Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso**. Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. v. 12. n. 4. pp. 392-34. 2007.

JÚNIOR, G.S. GUARINELLO, A.C. SANTANA, A.P. BERBERIAN, A.P. MASSI, G. BORTOLOZZI, K.B. FARINHA, S. **Visão dos graduandos do curso de fonoaudiologia acerca da fonoaudiologia educacional a partir de suas experiências**. Rev. CEFAC. v.18. n.1. p.198-208. 2016.

LIMA, B. P. S. GUIMARÃES, J.A.T.L. ROCHA, M. C. G. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. n.13. v.4. pp.376-80. 2008

MARTZ, L.W. TEIXEIRA, V.R.V. GOMES, J. Determinismo biológico: a necessidade da desconstrução desse olhar no contexto educacional. In: BARROS, R.C.B. MASINI, L. **Sociedade e Medicalização**. Pontes. Campinas, 2015.

MASINI, M. L. H. **O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica**. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MASSI, G. SANTANA, A.P. **A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades**. Paidéia. v.21. n.50. p.403-11. 2011.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.17. n.3. p.621-26. 2012

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes. 2001.

MOLINI-AVEJONAS, D.R. MENDES. V.L.F. AMATO, C.A.H. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio a Saúde da Família: conceitos e referências**. Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. v. 15. n. 3. pp. 465-74. 2010.

MONTEIRO, H.R. O dispositivo fórum e o processo de desmedicalização: a vida em movimento, a criação de outros possíveis. In: VIÉGAS, L. S. RIBEIRO, M. I. S. OLIVEIRA, E. C. TELES, L. A. L. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** EDUFBA. Salvador: 2014.

MOREIRA, M.D MOTA, H.B. **Fonoaudiologia e Sistema Único de Saúde**. Rev. CEFAC. v. 11. n. 3. pp. 516-21. 2009.

MOYSES, M. A. A; COLLARES, C. A. L. Medicalização do comportamento e da aprendizagem. In: VIÉGAS, L. S. RIBEIRO, M. I. S. OLIVEIRA, E. C. TELES, L. A. L. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** EDUFBA. Salvador: 2014.

OLIVEIRA, E.C. **A relação normal/patológico no processo de aquisição da escrita.** Rev. Entreideias, v. 3, n. 1, p. 31-45. Salvador, 2014

OLIVEIRA, E.C. HARAYAMA, R. M. VIÉGAS, L. S. **Drogas e Medicalização na escola: Reflexões sobre um debate necessário.** Rev. Teias. v. 17. n45. 2016.

OLIVEIRA, E.C. PEREIRA, C.Q. **Reescrita e Interação.** In: COUDRY, M.I.H. FREIRE, F.M.P. ANDRADE, M.L.F.A. SILVA, M.A. Caminhos da neurolinguística discursiva: teorização e práticas com a linguagem a linguagem. Mercado de Letras. São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, E.C. TEIXEIRA, V.R.V. SANTOS, J.G.R. Fonoaudiologia – Reflexões e Propostas de Superação do Discurso Medicalizante. In: MARCHESAN, I. Q. JUSTINO, H. TOMÉ, M. C. (Org) **Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia.** Ed. Guanabara Koogan. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, F. **Por uma terapêutica fonoaudiológica: os efeitos o discurso médico e do discurso pedagógico na constituição do discurso fonoaudiológico.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2002.

OLIVEIRA, J. L. A. P. BRAGAGNOLO, R. I. SOUZA, S. V. **Proposições metodológicas na intervenção com estudantes com queixa escolar.** Rev. Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. v. 18. n. 3. pp. 477-84. São Paulo. 2014.

PASIAN, M.S. VELTRONE, A.A. CAETANO, N.C.de S.P. Avaliações educacionais e seus resultados: Revelando ou omitindo a realidade brasileira sobre o fracasso escolar. **Revista Eletrônica de Educação.** UFSCar. v. 6. n. 2. São Carlos, 2012.

PATTO, M.H.S. **A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro.** Rev. Psicologia USP. n.03. v.01. ed.02. São Paulo, 1992

PATTO, M.H.S. **A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de submissão e rebeldia.** 4ªed. São Paulo. T.A. Queiroz, 2015.

PERROTA, C. M. Possibilidades de enfrentamento da onda de medicalização da aprendizagem: práticas substitutivas no campo da Fonoaudiologia. In: VIÉGAS, L. S. RIBEIRO, M. I. S. OLIVEIRA, E. C. TELES, L. A. L. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?**. EDUFBA. Salvador: 2014.

PENTEADO, R.Z. SEVILHA, E.A.M. **Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde.** Rev. Distúrbios da Comunicação. v.16. n.1. p.107-16. São Paulo, 2004.

PETRI, V. O discurso da (não) medicalização e suas implicações na constituição do sujeito. In: BARROS, R.C.B. MASINI, L. **Sociedade e Medicalização.** Pontes. Campinas, 2015.

RESOLUÇÃO CFFa 309 de 01 de Abril de 2005. **Conselho Federal de Fonoaudiologia.** Brasília, 2005.

RESOLUÇÃO CFFa 382 de 20 de Março de 2010. **Conselho Federal de Fonoaudiologia.** Brasília, 2010.

SARAIVA, L.F.O. Olhares em foco: tensionando selecionamentos. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação a queixa escolar.** Casa do Psicólogo. 2ª ed. São Paulo: 2015.

SIGNOR, R.C.F. BERBERIAN, A.P. SANTANA, A.P. **A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz.** Educação e Pesquisa. São Paulo, 2016.

SIGNOR, R. SANTANA, A.P. **TDAH e medicalização: implicações neurolinguísticas e educacionais do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Plexus. São Paulo, 2016.

SIQUEIRA, C. G. A. PEDRUZZI, C. M. Trabalho e saúde: percepções e significados para a Fonoaudiologia. Rev. Distúrbios da Comunicação. v.21. n.2. p.219-28. São Paulo, 2009.

SCORTEGNA, P. LEVANDOWSKI, D. C. **Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul.** Interações. v. 9. n. 18. pp. 127-152. 2004.

SOARES, M. B.; **Linguagem e escola: uma perspectiva social.** 2ªed. cap. 2. p. 8-17 São Paulo. Ática, 1986.

SOUSA, M.F.S; NASCIMENTO, C.M.B; SOUSA, F.O.S; LIMA, M.L.L.T; SILVA, V.L; RODRIGUES, M. **Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil.** Rev. CEFAC. n.19. v.2. p. 213-20. São Paulo, 2017.

SOUZA, B. P. Apresentando a Orientação à Queixa escolar. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação a queixa escolar.** Casa do Psicólogo. 2ª ed. São Paulo: 2015.

SOUZA, B. P. Apresentação. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação a queixa escolar.** Casa do Psicólogo. 2ª ed. São Paulo: 2015.

SOUZA, B. P. Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação a queixa escolar.** Casa do Psicólogo. 2ª ed. São Paulo: 2015.

SOUZA, B. P. Orientação á queixa escolar: na contramão da medicalização da educação e da vida. In: VIÉGAS, L. S. RIBEIRO, M. I. S. OLIVEIRA, E. C. TELES, L. A. L. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?.** EDUFBA. Salvador: 2014.

SOUZA, M. P. R. **Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas.** Rev. Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. v. 13. n. 1. 2009.

TRAUTWEIN, C. T. G. NÉBIAS, C. **A queixa escolar por quem não se queixa.** Rev. Menta. n. 6. pp. 123-148. Barbacena, 2006.

VIEGAS, L.S; HARAYAMA, R.M; SOUZA, M.P.R. **Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia.** Ciênc. saúde coletiva. v. 20, n. 9, p. 2683-2692. Rio de Janeiro, 2015.

YAVAS, M. HERNANDORENA, C. L. M. LAMPRECHT, R. P. Avaliação fonológica da criança: reeducação e terapia. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.

ZORZI, J.L. **Os distúrbios de aprendizagem e os distúrbios específicos de leitura e da escrita.** Rev. CEFAC. 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “A QUEIXA ESCOLAR SOB OLHAR DO FONOAUDIÓLOGO”. Nesta pesquisa pretendemos analisar como os fonoaudiólogos compreendem e definem sua atuação com crianças/jovens que apresentam queixas escolares. O motivo que nos leva a estudar o tema da queixa escolar é porque consideramos importante compreender o olhar e as ações clínicas dos fonoaudiólogos em relação a queixa escolar. Além disso, ressalta-se a escassez de estudos e discussões sobre a temática, principalmente na perspectiva não medicalizante proposta neste estudo. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: será realizada uma entrevista, com roteiro de perguntas previamente elaborado, em dia e horário acordado com o senhor(a) e o pesquisador. A entrevista será realizada em ambiente de melhor acessibilidade para o senhor(a) e o pesquisador, deve durar, em média, trinta minutos e será gravada para transcrição posterior das informações coletadas. O estudo em questão não pretende oferecer ao senhor(a) nenhum risco. No entanto, pode apresentar como risco potencial e/ou desconforto possíveis modificações no seu aspecto emocional caso o senhor (a) julgue as questões do pesquisador como invasão de privacidade. Neste caso, a pesquisa será imediatamente suspensa e o senhor será devidamente acolhido de acordo com a natureza da sua demanda, ficando os pesquisadores responsáveis por garantir o direito à assistência integral e o direito a indenização, conforme a Resolução CNS 466/12. Informo que o senhor(a) não terá nenhum benefício direto com esta pesquisa. No entanto, ressalto que a sua participação na realização deste estudo poderá trazer como benefício indireto a contribuição para a ampliação do debate científico, dentro do campo da fonoaudiologia e da educação, sobre a queixa e o fracasso escolar. Este estudo pode auxiliar na mudança de olhar sobre a atuação fonoaudiológica e sobre a criação de estigmas no processo educacional. Para participar deste estudo o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer

vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) senhor(a) tem assegurado o direito a indenização. O senhor(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não resultará em qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Caso o(a) senhor(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou, ainda, deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisadores responsáveis:

Prof^a Dr^a Elaine Cristina de Oliveira- Coordenadora do Projeto - elaine.oliveira@ufba.br (71) 991509747 ou (71) 30188860 – Local da pesquisa: Departamento de Fonoaudiologia –UFBA - Contato: (71) 32838886. Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela. Salvador/BA.

Fga. Bárbara Aparecido Botelho - barbarabotelho.fono@hotmail.com – (71) 99684 9888 - Departamento de Fonoaudiologia –UFBA - Contato: (71) 32838886. Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela. Salvador/BA.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia" e a outra será fornecida o(a) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador

responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**A QUEIXA ESCOLAR SOB OLHAR DO FONOAUDIÓLOGO**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, _____ de _____ de 20__ .

Nome completo (participante)

Data

Nome completo (pesquisador responsável)

Data:

Nome completo (testemunha)

Data

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos e similares ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

Nome completo (participante)

Data

APÊNDICE B

NOME: _____

IDADE: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: _____

SETOR PÚBLICO () SETOR PRIVADO () outro ()

Quando você terminou sua graduação?

Onde você se graduou?

Você tem ou frequenta algum curso de pós-graduação?

- 1) O que você entende por queixa escolar?
- 2) Você atende pessoas com questões/queixas escolares? Quais são as questões/queixas mais comuns?
- 3) As queixas/questões, de modo geral, vêm de onde? Quem traz essa queixa? (exemplo: escola, família, profissionais...)
- 4) Como é o perfil dos sujeito que chega até você? (faixa etária, condição sócio-econômica, escolaridade, escola pública ou privada, diagnóstico)
- 5) Como é a sua atuação com sujeitos com queixa escolar?
- 6) Você encontra dificuldades para atuar com a queixa escolar? Quais?
- 7) O que você acha importante/imprescindível na atuação do fonoaudiólogo com a queixa escolar?

8) Você realiza algum tipo de atuação junto à escola ou professor? Qual?

9) Você atua com a família? Como?

10) Você acha que outros profissionais da saúde (médicos e psicólogos) e da educação (professores, pedagogos, psicopedagogos) podem contribuir no processo terapêutico de sujeitos em processo de escolarização? Como?