

Rosamar Meyer de Avila

**O DIREITO À EDUCAÇÃO E O TRANSTORNO DE CONDUTA: UM  
ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE SAÚDE “PARA  
APRENDER MELHOR”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Mara Rosange Acosta Medeiros

Pelotas

Janeiro de 2012

**O DIREITO À EDUCAÇÃO E O TRANSTORNO DE CONDUTA: UM  
ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE SAÚDE “PARA  
APRENDER MELHOR”**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profª. Drª. Mara Rosange Acosta Medeiros (Orientadora)  
Universidade Católica de Pelotas

---

Profª Drª. Helenara Silveira Fagundes  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profº. Drº. Sandro Schreiber de Oliveira  
Universidade Católica de Pelotas

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu filho, Rafael, o maior estímulo da minha vida, que sempre me apoiou e me socorreu em cada momento dessa caminhada.

A minha mãe Christine, pelo incentivo diário nas palavras sábias e incansáveis: “Que Deus te dê sabedoria para realizar o teu trabalho”.

A meu pai Oscar (in memoriam) pelo amor e entusiasmo recebidos por mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos familiares, amigas, amigos e colegas de trabalho que, em algum momento, me incentivaram a continuar nesta caminhada.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Rosange Acosta Medeiros, que esteve ao meu lado em cada momento dessa dissertação, me apoiando e orientando.

Aos professores do Mestrado pelos ensinamentos recebidos e aos funcionários pelo apoio administrativo.

Aos meus colegas do mestrado, que com seu companheirismo, tornaram as aulas mais lúdicas.

A minha colega e amiga Ilania Braga da Silva, pelo apoio e compartilhamento do chimarrão, das angústias, bem como dos momentos de alegria.

Aos integrantes do PAM, principalmente ao Dr. Danilo Rolim de Moura pelo incentivo, informações e colaboração nesta pesquisa.

Aos Pais e crianças participantes do PAM, por me possibilitar essa pesquisa.

Às direções e Professores da Escola Municipal de Ensino Fundamental Nossa Senhora de Lourdes e da Escola Estadual de Ensino Fundamental Mal. Luiz Alves de Lima e Silva pelo acolhimento, atenção e colaboração no trabalho de campo.

## **Aprendi e decidi**

Aprendi e decidi  
E assim, depois de muito esperar,  
Num dia como outro qualquer,  
Resolvi triunfar...  
Decidi não esperar as  
Oportunidades e sim,  
Eu mesmo buscá-las.  
Decidi ver cada problema como  
Uma oportunidade de encontrar  
Uma solução,  
Decidi ver cada deserto  
Como uma possibilidade de  
Encontrar um oásis.  
Decidi ver cada noite  
Como um mistério a resolver.  
Decidi ver cada dia como uma nova  
Oportunidade de ser feliz.

Walt Disney

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar as repercussões do PAM - Programa de Saúde que desenvolve ações para diagnóstico e intervenções multidisciplinares em casos de transtorno de aprendizado e de comportamento - com relação à convivência familiar e escolar, junto às crianças com transtorno de conduta. Como referencial foram utilizados os temas políticas sociais e direito, políticas públicas, intersectorialidade, educação e escola, educação inclusiva, família e Transtorno de Conduta. Para tanto, a pesquisa desenvolveu-se através de uma abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevista semiestruturada com os responsáveis e com os professores que acompanhavam as crianças com TC anterior e posterior as intervenções médicas, psicoeducacionais e sociais em duas escolas públicas de ensino fundamental. Esta abordagem permitiu conhecer a percepção da família da criança com TC, sendo que no ambiente escolar houve melhora no aprendizado, interesses e relacionamentos, refletindo-se em maior integração e harmonia nas relações familiares. Na percepção dos professores também foi evidenciada a melhora no rendimento escolar e nas relações sociais, permitindo a inclusão desse aluno à escola. O Programa obteve aprovação pelos pais e professores. O PAM teve êxito em contribuir para uma melhor inserção familiar e social das crianças com TC. Verificou-se a necessidade de intersectorialidade entre a saúde e a educação para que, com articulação entre todos os envolvidos, os gestores, os profissionais, os saberes e a própria população, as ações possam ser desenvolvidas com objetivo da construção de políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades de crianças e adolescentes com transtornos de aprendizagem.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Inclusão. Transtorno de Conduta. Saúde.Educação

## **ABSTRACT**

This work aimed at investigating the repercussions of PAM – Health Program which develops activities for diagnosis and multidisciplinary interventions in cases of learning and behavior disorders – concerning family and school life, with children with conduct disorder. As a reference, the topics social policies and law, public policies, intersectorial policies, education and school, inclusive education, family and Conduct Disorder were used. To do this, the research was developed by using a qualitative approach, with semi-structured interview with the teachers and the ones responsible for the children bearing Conduct Disorder before and after the medical, psycho-educational and social interventions at two public elementary schools. This approach enabled knowing the family perception of a child bearing Conduct Disorder, while in the school environment there was an improvement in learning, interests and relationships, resulting in a better integration and harmony in the family bonds. According to the teachers' perception, there was also a highlight concerning an improvement in school performance and social relationships, enabling the inclusion of such student into the school. The Program was approved by the parents and the teachers. PAM was successful in contributing for a better family and social insertion of the children bearing CD. It has been noticed the need for intersectorial connections between health and education so that, by joining all the ones involved, the managers, the teachers, the knowledge and the population itself, the activities can be developed with the purpose of constructing efficient and resolving public policies that can surely respond to the needs of the children and adolescents bearing learning disorders.

**Key words:** Public Policies. Inclusion. Conduct Disorder. Health. Education

## LISTA DE SIGLAS

ABEP: Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa

APA: Associação Americana de Psiquiatria, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.

CID-10 : Classificação Internacional das Doenças, décima edição

DAWBA: Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-estar de Crianças e Adolescentes

DSM IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

IDA: Associação Internacional Dislexia

IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

KIDSCAPE: Instrumento para avaliação do Bullying

K-SADS: Entrevista sobre Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar

LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

ONU: Organização das Nações Unidas

PAM: Para Aprender Melhor

QI: Quociente de inteligência

SDQ: Questionário de Capacidades e Dificuldades

SUS: Sistema Único de Saúde

TC: Transtorno de Conduta

TCLPP: Teste de Competência de Leitura Silenciosa de Palavras e Pseudopalavras

TD: Transtorno Depressivo

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDO: Transtorno Desafiador de Oposição

THB: Transtorno de Humor Bipolar

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

WISC-III: Escala para avaliação de Inteligência para crianças

ZAREKI-R: Bateria neuropsicológica para testar as habilidades para cálculo e matemática

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: População objeto do Programa.....	51
Tabela 2: Características da amostra das duas escolas.....	54
Tabela 3: Características do TC na amostra de 1.075 alunos do PAM.....	55
Tabela 4: Perfil dos Responsáveis das crianças com TC.....	61
Gráfico 1: Relacionamento das crianças com TC no seu núcleo escolar.....	70
Tabela 5: Melhorias percebidas pelos Responsáveis aos resultados a intervenção do PAM em relação as crianças e adolescentes com TC.....	75
Tabela 6: Sugestões pela manutenção do serviço.....	78
Tabela 7: Sugestões dos Responsáveis ao PAM.....	80
Tabela 8: Perfil dos Professores das crianças com TC.....	82
Tabela 9: Relação aluno com TC e professor.....	86
Gráfico 2: Desenvolvimento do trabalho do Professor junto as crianças com TC.....	89
Tabela 10: Avaliação das crianças e adolescentes pelos professores anterior e posterior a participação do PAM.....	93
Gráfico3: Avaliação do PAM pelos Professores.....	97

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS: interlocuções necessárias</b>	
1.1 Políticas Públicas e Sociais.....	17
1.2 Políticas Sociais e Direitos.....	20
1.3 A Intersetorialidade e as Políticas Sociais.....	24
<b>2 A EDUCAÇÃO ESCOLARIZADA: algumas reflexões</b>	
2.1 A Educação e a Escola.....	27
2.2 A Educação Inclusiva.....	29
<b>3 TRANSTORNO DE CONDUTA E A FAMÍLIA: uma realidade a ser problematizada</b>	
3.1 Transtorno de Conduta: elementos introdutórios.....	38
3.2 A Família e o Transtorno de Conduta: alguns apontamentos.....	44
<b>4 PAM: TRAJETÓRIA, ANÁLISE E PERCEPÇÕES</b>	
4.1 Histórico do Programa de Saúde “Para Aprender Melhor”.....	49
4.2 Apresentação da Pesquisa.....	56
4.3 Análise dos dados dos Responsáveis.....	60
4.4 Análise dos dados dos Professores.....	82
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	104
<b>ANEXOS</b> .....	111

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema de pesquisa está relacionada com a minha vivência profissional e pessoal. A preocupação com a questão teve início há mais de vinte anos, quando exercia atividade como professora em uma escola municipal com uma classe especial de alunos que apresentavam dificuldades no aprendizado. Buscava respostas de como trabalhar com essas crianças para despertar suas potencialidades.

Posteriormente, como enfermeira ingressei na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), desenvolvendo minhas atividades no Conjunto Agrotécnico Visconde da Graça (CAVG) na área da saúde do escolar. O tema saúde e educação sempre perpassou meu cotidiano.

Em 2010, transfiri-me para Faculdade de Medicina e comecei a exercer minhas atividades profissionais no Núcleo de Neurodesenvolvimento Prof. Mario Coutinho, onde funcionava o Programa de Saúde “Para Aprender Melhor (PAM)”, voltado a crianças com transtornos de aprendizado e de conduta. Meu interesse ressurgiu, motivando-me para a investigação e a pesquisa sobre o tema, a fim de conhecer as alterações e a influência que esse Programa poderia ter sobre o núcleo familiar e o ambiente escolar. A delimitação do assunto “o transtorno de conduta” se deve por serem essas crianças as que tiveram quase a totalidade de intervenção e tratamento por parte da equipe.

A Constituição Federal de 1988 coloca a Educação como um direito e dever do Estado e da família, tendo como princípio a igualdade de condições de acesso e permanência na Escola. Da mesma forma, também a saúde, sendo um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O acesso à educação tem sido identificado, ao longo dos tempos, como importante para a melhoria das condições de vida e o progresso social. O aproveitamento do aluno é determinado por múltiplos fatores, muitos ligados à condição socioeconômica familiar, que podem determinar o nível de escolaridade da família, o acesso à cultura, à qualidade do letramento, à necessidade de trabalho para ajudar no provimento familiar, dentre outros. Alguns, estão ligados a dificuldades adaptativas do estudante ao processo pedagógico, por deficiência desses processos ou de seus agentes.

Dentre tantos determinantes, há aqueles ligados à área da saúde por condição biológica herdada ou adquirida durante o seu desenvolvimento. Outras dificuldades estão ligadas a processos intrínsecos, geralmente de base neurológica ou neuropsicológica, como, por exemplo, a discalculia e a dislexia desenvolvimental.

Conforme a APA (2003), embora não exista cura para tais transtornos, o diagnóstico e a intervenção precoces podem significar um melhor desempenho na escola e no trabalho. Não raro, adolescentes não diagnosticados têm a sua vida escolar severamente prejudicada, passando por desinteressados, retardados e preguiçosos, com graves efeitos sobre a sua autoestima.

Um dos transtornos do comportamento é o da Conduta. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-IV (APA, 2003), é o conjunto de comportamentos antissociais, sendo que a característica essencial é ser um padrão repetitivo e persistente de comportamento, no qual são violados os direitos básicos dos outros, normas ou regras sociais importantes e apropriadas à idade.

Problemas ligados ao comportamento têm altas prevalências no ambiente escolar, apresentando-se como comorbidades dos transtornos da aprendizagem e, muitas vezes, como grandes estressores desse ambiente. Crianças com diagnóstico de transtorno de conduta, desafiante opositivo, do déficit da atenção e hiperatividade podem ter associação com comportamento violento e adição às drogas.

No processo de melhor conviver com o problema, está o seu reconhecimento, respeito pela sua condição e necessidade de utilização de estratégias especiais comprovadamente eficazes. Como o comportamento torna-se mais estável e menos modificável ao longo do tempo, crianças e adolescentes com transtorno de conduta precisam ser identificados o mais cedo possível, para que tenham maior oportunidade de beneficiar-se de intervenções terapêuticas e ações preventivas. O tratamento mais efetivo envolve a combinação de diferentes condutas junto à criança, ao adolescente, à família e à escola.

Os tratamentos citados na literatura são bastante variados, como psicoterapia familiar e individual, orientação de pais, comunidades terapêuticas e treinamento de pais e professores em técnicas comportamentais. Muitas vezes, o foco do problema está no conflito entre pais e filhos. Outras vezes, os pais estão demasiadamente envolvidos com problemas pessoais e necessitam de apoio. Alguns precisam de ajuda para estabelecer limites e escolher métodos mais apropriados para educar os filhos. O contato com a escola também pode ser útil para resolver conflitos entre professores e alunos e ajudar os

professores a encontrar maneiras mais adequadas de lidar com as dificuldades da criança. Acredita-se que programas multidisciplinares de identificação e intervenção precoces possam diminuir o comportamento violento, a personalidade antissocial e a transgressão criminal.

De acordo com Stainback (1999), a educação inclusiva evoluiu como um movimento cuja vocação é colocar em questão as políticas e as práticas de exclusão. Ganhou terreno nos últimos dez anos, tornando-se uma abordagem privilegiada no que diz respeito à satisfação das necessidades educativas de todas as crianças nas escolas regulares.

No processo de escolarização, a criança pode apresentar algumas dificuldades no aprendizado e transtorno de conduta. Estudantes podem se tornar excluídos da cidadania plena, caso o diagnóstico não seja feito adequadamente e não sejam realizadas intervenções visando à sua recuperação.

A educação, ao lidar com processos de ensino-aprendizagem, conduta e socialização, de caráter inter e multidisciplinar, necessita do envolvimento de vários profissionais, os quais mesclam, em seus conteúdos, as áreas de saúde, educação e assistência social, exigindo equipes de diagnóstico especializado, intervenção clínica e medicamentosa.

O educador, ao se deparar em sala de aula com transtornos de aprendizado e de conduta, dificultando o processo ensino-aprendizagem, deverá buscar suporte na área da saúde, através do encaminhamento a serviços especializados de saúde. Entretanto, o SUS, em todos os seus níveis, responde de forma inadequada às demandas dos estudantes com dificuldade de aprendizagem e do comportamento. É comum este tipo de aluno peregrinar pelo sistema de saúde à espera de atendimento que nunca chega.

Salienta Moura (2011) que a saúde escolar fica entre a educação e a saúde. Esta característica tem levado aos gestores de saúde ou de educação pensarem que a competência é do outro quando surgem estes problemas. Isto fica evidente na falta de clareza das políticas para o setor dos Ministérios da Educação e da Saúde, e da maioria das Secretarias Estaduais e Municipais de educação e saúde. Pela alta prevalência dos transtornos comportamentais e de aprendizagem são necessárias estratégias de intervenção.

Dessa forma, justifica-se a importância deste estudo, na medida em que se propôs a conhecer as alterações e influências de um Programa de Saúde, estabelecendo sua contribuição. A pesquisa buscou identificar se os quadros do transtorno de conduta

são passíveis de alteração em crianças e adolescentes e sua repercussão no núcleo familiar e escolar.

Para a sociedade, o reforço dos direitos à saúde e à educação, coloca a necessidade de interação entre ambas, como políticas integradas para concretização do indivíduo como um todo. Para a academia, a relevância se deve pela quase inexistência de pesquisa sobre o tema.

Assim esta dissertação teve como problema norteador da pesquisa: Após a inserção no PAM como está o relacionamento das crianças e adolescentes com transtorno de conduta no núcleo familiar e escolar?

E como objetivo geral: Investigar as repercussões do PAM em relação à convivência familiar e escolar, junto às crianças com transtorno de conduta.

E como objetivos específicos: Verificar as dificuldades encontradas pelos professores no trabalho junto às crianças com transtorno de conduta; Conhecer a percepção dos pais sobre a intervenção multidisciplinar realizada pelo PAM; Investigar o relacionamento das crianças com transtorno de conduta no seu núcleo familiar e escolar após a participação no PAM; Analisar as contribuições da intervenção multidisciplinar para uma melhor inserção social/escolar comunitária das crianças com transtorno de conduta.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos onde são apresentados os aspectos teóricos que fundamentam esta dissertação.

Sendo uma pesquisa social, o primeiro capítulo aborda as políticas públicas e sociais e direitos, seus conceitos e fragilidades; na segunda parte, apresenta as políticas sociais interligadas ao direito; já na terceira parte, apresento a intersetorialidade como necessária para interligar a educação e a saúde.

O segundo capítulo apresenta na sua primeira parte as concepções e o papel da Educação e Escola, a partir de autores como Boschetti, Paulo Freire, Gadotti, Paviani. Na sua segunda parte, aborda a Educação Inclusiva, sua evolução e o processo de inclusão, tendo como autores Paulon, Carneiro, Bueno, Santos, Sasaki, Mantoan, Jerusalisky.

Enquanto elemento fundamental para entender o transtorno, o terceiro capítulo nos traz embasamento teórico do Transtorno de Conduta para melhor compreensão do foco da nossa pesquisa, sendo que a segunda parte se debruça sobre os conceitos e concepções da família.

O quarto capítulo é a apresentação da pesquisa, contendo a metodologia, procedimentos, instrumentos utilizados. Para investigar as repercussões do PAM, a segunda parte deste capítulo, trouxe informações sobre o Programa, através do seu histórico e a análise dos dados, para chegar ao âmago da nossa questão de pesquisa.

Por último, apresento as considerações finais, com conclusões e recomendações resultantes das reflexões realizadas.

## **POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS - INTERLOCUÇÕES NECESSÁRIAS**

### **1.1 Políticas Públicas e Sociais**

Discutir sobre a realidade da criança com Transtorno de Conduta (TC) e sua inserção na escola exige uma aproximação com outras áreas, especialmente com as Políticas da Saúde. Assim, para compreender a questão da assistência à saúde como política pública e social procurei apoio nas obras de Pereira (2008), Souza (2006) e Fernandes (2007) entre outros que ajudaram a entender o conceito.

As Políticas Públicas podem ser entendidas como diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para estabelecer as relações entre poder público e sociedade; mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos), orientadoras de ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções, as demonstrações de vontade e necessidades e as ações desenvolvidas.

Potyara Pereira (2008) refere que a política pública faz parte do ramo de conhecimento denominado “policy Science” que surgiu nos Estados Unidos e na Europa, no segundo pós-guerra. Essa corrente aparece quando os estudiosos na área da política buscaram compreender a forma como se dá a relação entre governos e cidadãos.

Se o sentido de políticas públicas não pode ser reduzido ao de políticas estatais, pode e deve ser associado ao de políticas sociais implementadas pelo Estado – educação, saúde, previdência, habitação, saneamento etc. – com maior ou menor padrão de proteção social. Concebemos políticas sociais como uma rede de proteção, de bem-estar, implementada pelo Estado, com vistas a garantir a todo cidadão tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, os quais devem ser assegurados enquanto direito político e não como caridade (HAROLD WILENSKY, citado em BOBBIO, 1992).

Política social é um conceito que a literatura especializada não define precisamente. De um ângulo bem geral, no âmbito das Ciências Sociais, a política social é entendida como modalidade de política pública e, como ação de governo com objetivos específicos, sendo

Uma dimensão necessária da democracia nas sociedades modernas e está estreitamente ligada aos valores da equidade que fundam a legitimidade política e a concepção que as sociedades e os governos têm do seu projeto político e de seu destino (IVO, 2004, p. 57).

Segundo Ivo (2004), no quadro institucional, as políticas sociais integram um sistema de ação complexo, resultante de múltiplas causalidades, de diferentes atores e campos de ação social e pública: proteção contra riscos; combate à miséria; desenvolvimento de capacidades que possibilitem a superação das desigualdades e o exercício pleno da cidadania; redistribuição de riquezas etc. Assim, elas são dispositivos institucionais criados com o objetivo de assegurar a cada um as condições materiais de vida que lhe permitam, como cidadão, exercer seus direitos sociais. Atuando no âmbito redistributivo, elas envolvem, necessariamente, relações de poder e são, portanto, conflitivas e qualificadoras da democracia e do projeto de inclusão social.

Assim, a política social é um conceito complexo. Sendo uma modalidade de política é uma arena de conflitos e interesses que afeta a vida em sociedade na perspectiva da cidadania.

As políticas sociais devem ser pensadas para concretizar os direitos sociais, ou seja, uma política social é um instrumento para garantir direitos. Segundo Bobbio (2004), as normas jurídicas têm o objetivo de impedir ações que possam levar à destruição da sociedade, mantendo, assim, a ordem, a paz social e a própria sobrevivência do grupo.

Existem paradigmas competitivos e rivais e a tarefa é saber qual o paradigma que vai nos orientar. De acordo com Jane Prates,

As políticas sociais como espaços contraditórios são disputadas por diferentes projetos políticos; de um lado, aquele que pretende acentuar a conformação, com ações pontuais, desconectadas de contextos e inter-relações necessárias, mantendo a tutela e a dependência e transferindo essa responsabilidade para sociedade civil ou para a iniciativa privada; de outro lado, aquele que pretende acentuar o espaço de resistência e mobilização, que reconhece a dívida histórica do conjunto da sociedade, que busca iniciativas que garantam a emancipação dos sujeitos, mais do que a inserção, inclusão (valorização, reconhecimento, pertencimento) (PRATES, 2008, p.10).

As políticas sociais no Brasil, pouco consideradas na perspectiva de direito social, têm trilhado um longo caminho que traz avanços e uma série de obstáculos.

As políticas sociais tratariam dos planos, programas e medidas necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aqueles aos quais se atribui a condição de cidadãos e seu Estado. Esta relação jurídica de reciprocidade inclui, além dos direitos sociais, os direitos civis e políticos, sendo que, embora cada um destes elementos tenha tido um curso histórico distinto no seu desenvolvimento, atualmente estão entrelaçados e indissociavelmente vinculados à noção de cidadania (TEIXEIRA, 1985, p. 400).

Após essa reflexão sobre o conceito de política social, cabe salientar que elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Nesse sentido, cabe distinguir “políticas públicas” de “políticas governamentais”. Nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público. Nesta perspectiva, pedimos emprestadas as palavras de Potyara Pereira.

A palavra *pública* que sucede a palavra *política*, não tem identificação exclusiva com o Estado. Sua maior identificação é com o que em latim se denomina de *res publica*, isto é, *res* (coisa), *publica* (de todos), e, por isso, constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo (PEREIRA, 2008, p. 94).

Todas as políticas públicas apresentam em comum, o fato de terem como principal destinatário, a sociedade, devendo, por isso mesmo, seus anseios e necessidades serem considerados, desde a etapa da percepção e definição dos problemas que precedem à formulação de uma política pública até a etapa em que é procedida a avaliação. Toda política é fruto de diferentes interesses em disputa.

As políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses. Compreendem a formação de uma agenda que pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação. É preciso entender a composição de classe, os mecanismos internos de decisão dos diversos aparelhos, seus

conflitos e alianças internas da estrutura de poder, que não é monolítica ou impermeável às pressões sociais, já que nela se refletem os conflitos da sociedade.

Assim, podemos perceber que os direitos sociais e, dentre estes o direito à saúde e à educação, são pensados no interior das políticas sociais, e a sua compreensão ocorre em várias clivagens, o que não significa que se autonomizem entre si, mas apresentem interfaces articuladas, que, dependendo do plano analítico, enriquecem o conhecimento sobre os mesmos, favorecendo tanto o ângulo do conhecimento como o das ações efetivas em sua garantia.

## 1.2 Políticas Sociais e Direitos

Para se falar de políticas sociais e políticas públicas, necessariamente teremos que nos reportar a análise do direito, que dentre os diversos significados da palavra, usaremos as palavras de Bobbio (1998).

Conjunto de normas de conduta e de organização, regulamentação das relações fundamentais para a convivência e a sobrevivência do grupo social, dos modos e das formas pelos quais o grupo social reage a violação das normas (BOBBIO, 1998, p. 349).

Precisamos também notar que, para o fato de que no Estado de Direito, ao se pretender concretizar esses direitos, a proteção deve estar formalizada e institucionalizada na ordem jurídica,

Segundo Draibe (2003), nas décadas de 1980 e 1990, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas sociais passaram a ser entendidas sob novos princípios de reestruturação na perspectiva de democratização dos serviços e melhora da eficácia, responsabilizando, dessa forma o Estado pelas políticas públicas e destinando ao setor privado apenas papel um complementar. A proteção social passou a ser pensada sob um modelo universalista e redistributivo, embora essa universalidade não se concretize, sendo que as ações são focalizadas nos grupos mais vulneráveis.

A Constituição de 1988 tratou especificamente os direitos sociais e refere no seu artigo 6º, destacamos que:

Art. 6º São direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988, p.20).

A Constituição de 1988, baseada na concepção de Estado democrático de direito, trouxe ideias promissoras para o campo da política social brasileira. Verifica-se um grande avanço na possibilidade de estender os direitos sociais e fazer frente às enormes desigualdades sociais presentes no Brasil.

A partir de 1988, passou-se a ter uma expectativa de construção de um padrão público universal de proteção social. Também consagra a Educação como dever do Estado e da família (art. 205, caput) e tem como princípio a igualdade de condições de acesso e permanência na Escola (art. 206, I).

Art. 205 – A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988, art. 205). O Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008, que dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 6.253, de 13 de novembro de 2007 destacando em seu artigo 1º: A União prestará apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma deste Decreto, com a finalidade de ampliar a oferta do atendimento educacional especializado aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de ensino regular. Sobre a saúde a Constituição de 1988, destaca que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.117)

Para garantir esse direito, instituiu-se o SUS, como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abrangendo a vigilância e promoção da saúde e recuperação de agravos.

O SUS é definido, na Constituição (Art. 198), do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.117).

Os princípios do SUS foram definidos na Constituição Federal e detalhados nas Leis nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências), mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Paim (2009) refere que o SUS é integrado por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, sendo uma organização em rede, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde. Cabe aos gestores estaduais e municipais a implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade. Quando algum município não tiver condições de ofertar os serviços de saúde, faz-se necessário que haja uma estratégia regional de atendimento, uma parceria entre estado e município para corrigir essas distorções de acesso.

É importante ressaltar que a saúde através do SUS passou a ter como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. Sendo universal, foi organizado regionalmente para dar acesso a toda população e para situações em que alguns serviços sejam inexistentes ou insuficiente, recomenda-se estratégias para suprir essa demanda, garantindo assim o acesso ao direito à saúde.

Ressalta-se, usando as palavras de Bobbio (1992) que:

Os direitos são frutos de conquistas, reivindicações, e não simplesmente inerentes à condição humana. Essa afirmativa não apresenta neutralidade, está permeada pela corrente de pensamento que entende os direitos como produtos de conquistas, de manifestações e lutas de movimentos sociais; direitos os quais são sedimentados no tempo; “direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes” (BOBBIO, 1992, p.5).

Ao direito foi introduzido à ideia de cidadania, necessitando para sua efetiva garantia a intervenção do Estado através de políticas sociais que os materializassem junto aos cidadãos, onde estes se tornem iguais, não apenas formalmente ou diante das leis. Após a efetivação de um direito, nas formas da legislação, para que o que está escrito, seja garantido, através de ações práticas, faz-se necessário políticas públicas nas quais a população tenha seus direitos assegurados, não como um favor de concessão, mas como direito e as políticas se complementem para combater as manifestações da

questão social, onde as políticas públicas são dependentes dos direitos, mas o contrário também é verdadeiro, pois sem a realização das políticas públicas de nada adiantam os direitos, pois não se materializam, não atingem efetividade no meio social.

Apontando na mesma direção Behring (2008) refere:

As políticas sociais, responsáveis pela materialização dos direitos sociais, entram no cenário atual de transformações societárias caracterizadas por meio de um discurso nitidamente ideológico. Passam a ser focalizadas, em detrimento de um efetivo processo de redistribuição de renda e de universalização de direitos sociais. Passam a ser propagadas como geradoras de desequilíbrio, de custo excessivo, e, portanto, devem ser acessadas via mercado. Nessa perspectiva deixam de ser direito social para transformarem-se em “concessões”; favores. De modo que vai se configurando uma tendência a irresponsabilidade do Estado para o atendimento das demandas sociais, caracterizando “um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital” (BEHRING, 2008, p.64).

Para materialização dos direitos sociais, há a necessidade de intervenção estatal, principalmente para a formulação e execução de políticas correspondentes. No atual momento global, onde o capital e o mercado tem seu “peso”, ou seja, sua força, as políticas sociais passam a ser vistas como onerosas para os cofres públicos e passam a ser focalizadas e fragmentadas, voltadas para o atendimento de situações pontuais, geralmente para o atendimento de urgência de situações de miséria absoluta, desviando-se da característica da universalidade. O Estado passa a ser responsabilizado como incompetente no atendimento das demandas sociais, incutindo na população a necessidade de delegação dessas políticas para o mercado ou para a sociedade civil. Verifica-se que pela escassez de recursos, problemas de gestão geram o não cumprimento do princípio da universalidade e, assim, o mercado passa a ocupar mais espaços, não sendo garantido a todos uma proteção social efetiva.

No clássico livro a Era dos Direitos, de Bobbio (1992), há a afirmação de que os principais direitos da humanidade já foram conquistados, necessitando agora serem efetivados. No entanto, acredita-se que, em face dos atuais ataques neoliberais para desmantelamento dos direitos, principalmente os sociais, esses necessitam constantemente serem reconquistados e não apenas efetivados.

No atual momento, faz-se necessário prestar atenção ao discurso neoliberal, o qual afirma que o Estado não estar cumprindo seu “papel” garantidor de direitos sociais, repassando ao mercado essa atribuição.

### 1.3. A Intersetorialidade e as Políticas Sociais

A Constituição de 1988 trouxe avanços quanto aos direitos sociais e para a proteção integral, necessitando políticas sociais articuladas para sua consecução.

Tradicionalmente as políticas públicas básicas como a educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, e outras, são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas, que não proporcionam o atendimento as necessidades. Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições ou serviços sociais.

Esta forma de gestão da política pública gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço.

Os efeitos desta divisão também são percebidos pelos profissionais que prestam diretamente os serviços e a própria população. Seria necessária uma nova forma de abordagem, onde os saberes se mesclam no atendimento integral do ser humano, na perspectiva da superação da fragmentação.

A compreensão da intersetorialidade como uma nova forma de gestão pública ou modo de governar se fundamenta na proposta de gestão integrada de políticas públicas. A articulação de agendas entre diferentes setores da administração pública tem sido proposta como um mecanismo para otimização de recursos, sobretudo nas áreas de educação, saúde, assistência social, meio ambiente, esporte e lazer. (COSTA et alli, 2006, p.109)

A intersetorialidade seria a forma de abordagem das necessidades da sociedade, onde os setores atuariam buscando a integralidade das suas ações para o atendimento do indivíduo como um todo.

Segundo Menicucci a intersetorialidade, princípio de acordo com o qual a necessidade de estabelecer vínculos, relações entre organizações, mediadas por atores, se justifica pela necessidade de entender de maneira compartilhada a realidade social (MENICUCCI, 2002, p.12).

Assim, na intersetorialidade estariam envolvidos os mais diversos setores da sociedade para enfrentamento de problemas complexos. Cada um dos segmentos

participaria com seus saberes e conhecimento em prol do bem comum. As ações deixariam de ser de forma isolada, mas unindo forças para superar problemas que atingem os usuários das políticas sociais.

Isso significa que a intersetorialidade nos prescreve a forma de inter-relação, através de Sua construção exige romper com uma série de valores conservadores que dão origem aos formatos organizacionais predominantes, até então, nas instituições. Envolve cooperação e parceria, não esperando grandes resultados em curto prazo, mas, enquanto um “novo paradigma da gestão” (MENICUCCI, 2002, p. 14).

O atual contexto da gestão social exige que o conjunto das políticas públicas e as instituições que as programam redimensionem o processo de formular e operacionalizar suas estratégias e ações.

Nessa lógica, a Carta de Ottawa (2006) enumera pré-requisitos envolvendo a garantia de condições básicas e recursos fundamentais indispensáveis quando se tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população assistida. São eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Salienta que para concretizar essas condições básicas e as expectativas da população é preciso seguir algumas estratégias: advogar a favor da saúde como um recurso de fundamental importância para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e para a qualidade de vida; capacitar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes e garantir a igualdade de oportunidades, facilitando o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Esses requisitos para garantir a promoção da saúde demandam ações coordenadas entre diferentes áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos, de abrangência local ou regional

Muito se tem falado na necessidade de uma gestão intersetorial das políticas públicas e de sua importância para a qualidade de vida da população. Sobre isso Junqueira argumenta que:

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA 1999, p. 27)

A intersectorialidade associa a idéia de integração, de território, de equidade, enfim, de direitos sociais, referindo-se à população aos seus problemas, circunscritos a um território ou região da cidade ou do município. Dessa maneira, instaura-se um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que passa a articular saberes e experiências no âmbito do planejamento, da execução e avaliação das ações, por que:

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 1999, p. 27).

Isso significa que para atender às demandas sociais de todos os cidadãos, a intersectorialidade se processa em meio às políticas públicas, na defesa de direitos e sendo necessariamente relacionada à prática, ou seja, ao enfrentamento de problemas reais. Indica a articulação entre as pessoas de diversos setores sociais para abordagem de situações e necessidades e constitui-se numa nova forma de ação, de governar e de construir políticas públicas, que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais a fim de produzir efeitos mais significativos na resolutividade desses problemas.

Para Campos (2000), a ação intersectorial, como um processo organizado e coletivo, não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante.

A ação intersectorial se efetiva nas ações coletivas. Porém, a construção da intersectorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede (JUNQUEIRA, 1999, p.26).

Esse entendimento encaminha para o pressuposto do compromisso com a construção da cidadania para todos; a defesa, a ampliação e a consolidação de direitos sociais, civis e políticos; a formação de uma cultura política democrática e a consolidação da esfera pública, significando a união de diferentes setores em vista da concretização de políticas sociais garantidoras de direitos.

## 2 A EDUCAÇÃO ESCOLARIZADA: algumas reflexões

### 2.1 A Educação e a Escola

Principalmente nas últimas décadas, acentuou-se o valor da educação, a atual sociedade é permeada por um processo contínuo de categorização das pessoas, sendo que, aprender tornou-se uma necessidade e condição de sucesso do indivíduo.

É quase consensual considerar a educação um dos maiores canais de mobilidade social, já que há estatisticamente correlações significativas entre os níveis de educação e as remunerações que as pessoas podem alcançar. O esforço pessoal e familiar para se conseguir vagas e manter os filhos na escola se faz na perspectiva de um futuro mais promissor que signifique alocação no mercado de trabalho com melhor remuneração. A educação é tida, assim, como mecanismo de mobilidade social (BOSCHETTI, 2008, p. 243).

A educação tem sobre si a responsabilidade de favorecer o acesso aos bens culturais e simbólicos produzidos pela cultura humana. Tendo em conta os fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, o ser humano constrói sua identidade nas relações que estabelece consigo mesmo e com outros seres, ao mesmo tempo em que transforma a sociedade e por ela é transformado.

É importante destacar as palavras de Paulo Freire “Conhecer, na dimensão humana, (...) não é o ato através do qual um sujeito, transformado em objeto, recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que outro lhe dá ou impõe. (...) O conhecimento, pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o ‘como’ de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato. (...) Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito, e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer” (FREIRE, 1992, p. 27).

Nesse sentido, a Educação, entendida como o processo de formação humana, atua sobre os meios para a reprodução da vida - e essa é sua dimensão mais visível e prática -, bem como coopera para estender a aptidão do homem para olhar, perceber e compreender as coisas para se reconhecer na percepção do outro, constituir sua própria

identidade, distinguir as semelhanças e diferenças entre si e o mundo das coisas, entre si e outros sujeitos.

De acordo com Demo (1995), atribui-se à educação o horizonte da qualidade política, o humanismo, a formação da cidadania, a cultura comum. E, ao conhecimento, a necessária competência formal para melhor realizar os fins, inovar a serviço da humanidade. A educação e o conhecimento formam, ao mesmo tempo, a matriz primordial do desenvolvimento humano, porque decidem, mais que outros fatores, as oportunidades de constituição da cidadania construtiva e participativa e da transformação produtiva.

Segundo Gadotti (2007), a escola é um espaço de relações, sendo lugar de pessoas e de relações, é também um lugar de representações sociais. Como instituição social, ela tem contribuído tanto para a manutenção quanto para a transformação social, tendo um papel essencialmente crítico e criativo. A escola não é só um espaço físico. É, acima de tudo, um modo de ser, de ver. Ela se define pelas relações sociais que desenvolve, estando intimamente ligada à sociedade que a mantém.

A escola é o lugar, onde as pessoas se encontram para troca de conhecimentos e vivências. Na experiência prática, que possibilita o exercício da relação com o outro, permitindo desenvolver afetos e respeito, formando conceitos definidores da sociedade. O papel da escola é ser crítica e formadora de opinião.

Gadotti (2007) reforça que a escola é, ao mesmo tempo, fator e produto da sociedade. Como instituição social, ela depende da sociedade e, para se transformar, depende também da relação que mantém com outras escolas, com as famílias, aprendendo em rede com elas, estabelecendo alianças com a sociedade, com a população.

O conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações (FREIRE, 1992, p. 36).

É importante destacar, que a escola é uma instituição resultante da interação com a sociedade e na forma da relação com outras escolas, onde as trocas acontecem, provocando mudanças e alterações.

Ressalta-se, pois, que, de acordo com Paviani (1990), a função da escola em relação ao processo educativo assume importância indiscutível:

A ação educativa da escola visa essencialmente a criar consciência da realidade. Isto é, da realidade humana e do mundo que nos cerca. Criar condições que permitam ao homem e à população identificar os problemas e buscar as soluções mais adequadas. Neste sentido, a educação se define como uma maneira de compreender, interpretar e transformar o mundo (PAVIANI, 1990, p. 29).

A educação ajuda a pensar as relações e sua formação, mais do que isso, ela ajuda a criá-los, através da troca de saberes que o constitui e legitima. Produz o conjunto de crenças e idéias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto constroem tipos de sociedades.

Cabe à escola favorecer aos alunos meios para que possam se identificar como integrantes de um grupo. Do mesmo modo, é preciso que os professores possam entender as relações que os alunos estabelecem no meio físico e cultural, além de reconhecerem e entenderem a diversidade existente numa sala de aula.

## **2.2 Educação Inclusiva**

Atualmente, a política educacional prioriza a educação para todos e a inclusão de alunos que, há pouco tempo, eram excluídos do sistema escolar, por portarem deficiências físicas ou cognitivas; porém, um grande número de alunos (crianças e adolescentes), que ao longo do tempo apresentaram dificuldades de aprendizagem e comportamento que estavam fadados ao fracasso escolar podiam frequentar as escolas, mas eram rotulados em geral, como alunos difíceis, sendo excluídos.

Segundo Paulon (2005), no documento subsidiário de política de inclusão, a discussão sobre políticas inclusivas costuma centrar-se nos eixos da organização sócio-política necessária para viabilizar os direitos individuais do público a que se destina. Os importantes avanços produzidos pela democratização da sociedade, em muito alavancada pelos movimentos de direitos humanos, apontam a emergência da construção de espaços sociais menos excludentes e de alternativas para o convívio na diversidade.

Nessa perspectiva, a inclusão social deixa de ser uma preocupação a ser dividida entre governantes, especialistas e um grupo delimitado de cidadãos com alguma diferença e passa a ser uma questão fundamental da sociedade.

Para Carneiro (2007), os autores como Pessotti (1984), Kirk & Gallagher (1987), Mazotta (1996), situam o início da educação especial a partir do surgimento, na Europa, no final do século XVIII, de instituições especializadas na educação de surdos e cegos, e destacam a expansão de oportunidades educacionais para as pessoas com história de deficiência.

Bueno (1993) mostra que a educação especial surge nas sociedades industriais no século XVIII, em meio a um conjunto de reivindicações de acesso à riqueza produzida, que inaugurou a democracia republicana representativa, cujo modelo expressivo foi implantado na França pela revolução de 1789. Exigia-se, naquele momento, o fim dos privilégios concedidos à nobreza e o direito a todos de ter acesso à escola.

No início do século XIX, houve o desenvolvimento de metodologias específicas para a educação de pessoas consideradas deficientes que até então eram segregadas em asilos e hospitais, - uma forma de responder às exigências de uma sociedade que via na escolarização uma possibilidade de ascensão social.

No Brasil, a expansão da educação especial, verificada principalmente na segunda metade do século XX, embora inegavelmente tenha ampliado as oportunidades educacionais as crianças que não seriam absorvidas pelas redes de ensino, incorporou uma população identificada como portadora de “déficits” na aprendizagem, na sua grande maioria proveniente de classes populares. Assim, tal expansão se constituiu em mais um elemento no processo de seletividade social promovido pela escola pública no Brasil. (CARNEIRO, 1996).

Na rede regular de ensino, segundo Jannuzzi (1985), já existiam as chamadas classes especiais, desde o ano de 1930 para alunos com diagnóstico de deficiência mental. Mais tarde, surgiriam as salas de recursos e salas de apoio pedagógico, que propunham um trabalho complementar ou suplementar aos alunos que não tinham rendimento escolar adequado. Essas classes funcionavam como instrumentos estigmatizantes e, de certa forma, como um corredor para a exclusão escolar, uma vez que focalizavam a especificidade das aprendizagens dos alunos com diagnósticos de deficiência, não propiciando que os professores das classes regulares viessem a se apropriar de metodologias e recursos que facilitassem as aprendizagens de todos os alunos.

No decorrer dos anos 1960, surgem movimentos com esta orientação e de caráter legal, em outros países do oeste Europeu. Conforme Santos (1995), este movimento

pode estar relacionado à conjunção histórica de três fatores: as duas grandes guerras mundiais, o fortalecimento do Movimento pelos Direitos Humanos, e o avanço científico. A autora relaciona o aumento do número de sujeitos fisicamente debilitados ou deficientes com o advento das guerras, criando a necessidade de programas de atendimento que os reabilitassem para o trabalho, pois o número muito grande de mortos causava escassez de mão de obra.

Também em decorrência das guerras, temos o surgimento do Movimento pelos Direitos Humanos, atribuindo direitos aos sujeitos considerados portadores de deficiência. Dessa forma, o Movimento de integração de pessoas portadoras de deficiência não surgia sozinho, mas junto a outros movimentos sociais em torno da democracia.

As pessoas com deficiência, com síndromes, com transtornos são, historicamente, identificadas como párias sociais em função de um conjunto de igualdades mais ou menos constantes que acabam por definir seu lugar na sociedade: lugar de exclusão. Porém, em contraposição,

O Princípio de Integração baseia-se em valores como igualdade (“viver em sociedade com direitos e deveres iguais”); participação ativa (com vistas à interação); e respeito aos direitos e deveres socialmente estabelecidos. Este princípio ressalta a questão da reciprocidade, no sentido de que a integração só se dá perante a aceitação do grupo em relação aquele que está se inserindo (MEC, 1994, p.38).

A partir da década de 1960, verificava-se a exclusão maciça de alunos nas redes públicas já nas séries iniciais, seja pela evasão ou reprovação, ou, ainda, pela falta de oportunidade de acesso. Encontrava-se respaldo técnico-científico em julgar, que aqueles alunos que fracassavam na escola eram vistos como portadores de algum tipo de problema que não competia mais a escola resolver. (CARNEIRO, 1996)

Nessa mesma década, um artigo da Lei 4024/61 sugeria que a educação dos alunos considerados deficientes fosse enquadrada no sistema geral de educação, com a finalidade de integrá-los à comunidade. Na década seguinte, a Lei 5692/71 previa tratamento especial para os alunos que apresentavam deficiências físicas e mentais e superdotados.

Até esse momento, o que a legislação explicitava era a necessidade de atender esta parcela da população, no sentido de uma integração social, mas não através da

integração escolar. A partir da década seguinte, em nível mundial, pode-se observar a presença de situações de integração escolar.

Na década de 1970, há a implantação das classes especiais nas escolas comuns, para o atendimento de alunos considerados deficientes mentais leves. Autores como Cunha (1988) e Machado (1994) mostram que tais classes acabaram servindo mais para atender alunos com problemas de aprendizagem e/ou de comportamento, que já eram atendidos em classes comuns, do que para integrar alunos considerados deficientes mentais leves. As classes especiais passaram a constituir um espaço de segregação dentro das escolas comuns.

No Brasil, no final dos anos 1980, a Constituição Federal (1988) previa, no Capítulo III, Seção I, Artigo 206, inciso I – “Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”. Já o Artigo 208 apontava, no inciso III – “Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente, na Rede Regular de Ensino”.

O movimento de inclusão social começou na segunda metade dos anos 1980 nos países mais desenvolvidos. Tomou impulso na década de 1990, também em países em desenvolvimento, e está se desenvolvendo fortemente nos primeiros 10 anos do século 21, envolvendo todos os países.

Nos anos 1990 do século passado, os movimentos para a inclusão, entre eles a “Conferência mundial de educação para todos” (Jomtien, Tailândia) e a “Conferência mundial sobre necessidades educacionais especiais: acesso e qualidade” (Salamanca, Espanha), destacam-se como marco internacional para a inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais.

A Conferência mundial realizada em 1994 sobre necessidades educativas especiais envolveu mais de trezentos representantes de noventa e dois governos e vinte e cinco organizações internacionais. Nesse evento foi aprovada a Declaração de Salamanca com definição, princípios, política e prática das necessidades educativas especiais e uma Linha de Ação. Este documento tem influenciado a discussão e as ações em nosso país, no que se refere ao tema.

Em seu segundo item, a Declaração de Salamanca (1994) defende que toda criança tem direito à educação e ao acesso aos conhecimentos, ou seja, defende o princípio da educação integrada. Porém, a respeito da matrícula, condição básica para a efetivação da educação integrada, propõe que o princípio da educação integrada permita

a matrícula de todas as crianças em escolas comuns, a menos que haja razões convincentes para o contrário.

Com respeito à concepção de deficiência expressa pelo documento, faz-se um destaque sobre a definição de pessoa portadora de necessidades educativas especiais referindo-se “a todas as crianças e jovens cujas necessidades decorrem de sua capacidade ou de suas dificuldades de aprendizagem” (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, p.18).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Nº 9394/96, assegura que a educação especial será “oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais” (LDB 2001, p.19). Nesse sentido, percebemos, na legislação, um grande avanço quanto às políticas para a educação especial.

Os alunos a serem apoiados com essa política, de acordo com as Diretrizes Nacionais para a educação especial na educação básica, são aqueles que, durante o processo educacional, demonstram dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento, compreendidas em dois grupos: aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica e aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências exigindo assim “adaptações de acesso ao currículo, com utilização de linguagens e códigos aplicáveis, altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem” (BRASIL, 2001, p. 39).

As diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica não empregam a terminologia ‘hiperativos’, mas fica implícita a situação desses alunos. Desse modo, Sasaki (1997) aponta que as necessidades educacionais especiais são mais amplas e podem resultar de condições atípicas, tais como “... dificuldades de aprendizado, problemas de conduta, distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade...”. Para o autor, condições atípicas são “... situações sociais marginalizantes ou excludentes”, (SASSAKI, 1997 p.16). Para vencer essas situações, um progressivo trabalho vem sendo realizado, diminuindo as barreiras entre exclusão e inclusão, mas não basta diminuí-las e sim eliminá-las.

É muito diferente acreditar que uma criança tem um déficit cognitivo ou pensar que ela está com um déficit cognitivo (Ramozzi-Chiarottino, 1988). Neste último caso, o déficit pode ser reduzido quando há um fator orgânico limitante, ou, até mesmo, superado se a criança participar, em tempo hábil, de um processo educativo que atenda às suas “necessidades especiais” (Montoya, 1996; Ramozzi-Chiarottino, 1994); quanto

mais precoce o diagnóstico e a intervenção adequados, melhores serão os efeitos obtidos. Dessa forma, as descobertas realizadas recentemente, a partir da epistemologia genética, são essenciais para uma educação inclusiva, visto que diversas pesquisas têm indicado que muitas crianças consideradas como deficientes mentais, se tivessem sido identificadas precocemente e recebido uma educação apropriada, teriam melhores possibilidades de conhecer e interpretar o mundo. De fato, talvez, elas nunca chegassem a ser classificadas como pessoas com deficiência mental.

No simpósio sobre “Deficiência intelectual: programas, políticas e planejamento para o futuro”, realizado pela ONU (1995) em Nova York, o professor Peter Mittler, da Universidade de Manchester, Reino Unido, destacou a importância da inclusão. O movimento de inclusão social tem, por objetivo, a construção de uma sociedade para todas as pessoas; a meta é atingir uma sociedade inclusiva. O conceito e a prática da inclusão são, portanto, muito recentes e repousa “ em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação” (SASSAKI, 2006, p. 40).

Hoje a educação inclusiva passa a ser um tema tratado por especialistas da área, como professores, e por profissionais de outras áreas, como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, integrando a chamada educação especial.

As escolas inclusivas propõem um modo de se constituir o sistema educacional que considera as necessidades de todos os alunos e que é estruturado em virtude dessas necessidades. A inclusão causa uma mudança de perspectiva educacional, pois não se limita a ajudar somente os alunos que apresentam dificuldades na escola, mas apoia a todos: professores, alunos, pessoal administrativo, para que obtenham sucesso na corrente educativa geral (MANTOAN, 1997, p. 145).

Quando se fala na inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular, significa que as escolas costumam fazer alusão a serviços de apoio especializados para desenvolver um trabalho de qualidade. Dentre os especialistas, são citados neurologistas terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros. Supõe-se que, por trás desse pedido, está a ideia de que o aluno precisa suprir algumas necessidades específicas que poderão ser atendidas por um, ou vários especialistas, bem como que estes profissionais poderiam ajudar o professor a descobrir os caminhos possíveis para facilitar a aprendizagem do aluno.

Entretanto, “são poucas as experiências nas quais se desenvolvem os recursos docentes e técnicos e o apoio específico necessário para adequar as instituições escolares e os procedimentos pedagógico-didáticos às novas condições de inclusão” (JERUSALISKY, 2001, p.35).

Nessa perspectiva, a inclusão encontra dificuldades, devido à falta de preparo dos professores, técnicos e pessoal de apoio necessário, para viabilizar práticas inclusivas, além de um currículo em que possam desenvolver atividades de integração.

Refere Paulon (2005) que a observação do tipo de relação atualmente percebida entre especialidades das áreas de saúde e educação, mais diretamente relacionadas ao processo de inclusão educacional, parece apontar para um caminho bem diverso ao da intersectorialidade. Escola e saúde aparecem como lugares que se excluem entre si, tanto nas políticas de atendimento quanto na organização dos seus saberes específicos. Os serviços de saúde não são percebidos como lugares que se somam à escola, mas para os quais se encaminha alunos, evidenciando o caráter dissociativo que se imprimiu às práticas do encaminhamento e atestando a desresponsabilização de uma área em relação à outra que, na maioria das vezes, sequer inclui o acompanhamento da escola ao caso encaminhado.

Na crítica de Paulon (2005), onde as áreas da saúde e educação são dissociadas nas suas ações e saberes, é preciso trilhar o caminho da intersectorialidade, como forma de trabalho integrado para o mesmo fim, ou seja, o aluno.

Por exemplo, considera-se que as doenças mentais (quadros psicopatológicos), na infância, são passíveis de remissão, por isso mesmo deveriam ser prioridade nos atendimentos terapêuticos. Sabemos também que, nesses casos, a educação pode ser terapêutica, principalmente se realizada desde os primeiros anos de vida. Preservando e reforçando os laços sociais e as experiências de aprendizagem desde a primeira infância, é mais provável que essas crianças consigam desenvolver sua capacidade intelectual, por isso é necessário enfatizar as possibilidades de inclusão escolar desde a educação infantil.

Dentre os estigmas construídos historicamente, que ainda permanecem muito fortes na sociedade atual, destacamos aquele que considera a pessoa com necessidades educacionais especiais (e que tem direito à educação) uma vítima de modelos segregados, superados e marcados pela desigualdade de valor entre seus pares.

Temos a concepção que costuma enfatizar os aspectos patológicos em detrimento dos saudáveis, bem como as dificuldades em vez das potencialidades. A

aplicação desse modelo na educação não oferece, ao professor, muitas alternativas na execução do planejamento das atividades de ensino. Ao contrário, funciona como um rótulo, que induz a uma predisposição negativa: o educador passa a exigir menos do aluno, descrente de seu potencial; exime-se da responsabilidade de auxiliá-lo a superar suas dificuldades, supostamente acreditando, dessa forma, que intervenções educativas não redundarão em qualquer êxito (Magalhães, 2003).

Assim sendo, discutir o conceito e o tipo de integração/inclusão/exclusão implica delinear os contornos deste novo paradigma de escola inclusiva. O termo integração tem sido utilizado com o objetivo de demarcar as práticas de segregação, que consistem em agrupar e retirar do ensino regular os alunos deficientes que apresentem dificuldades de adaptação ou de aprendizagem.

O transtorno de conduta, que vem se tornando cada vez mais frequente no âmbito escolar, foi debatido em audiência pública em Brasília, em 18 de março de 2010 promovida pela deputada federal do Partido dos Trabalhadores Erika Kokay. Ela destacou a necessidade de construir-se uma equipe para definir alternativas, a fim de enfrentar os desafios e levar as escolas a serem realmente inclusivas. Do contrário, meninos e meninas continuarão caminhando e desenvolvendo comportamentos antissociais que ultrapassam os muros das escolas.

Se o Estado, as famílias e a própria sociedade não lhes der o devido encaminhamento, o nível de agressão nas escolas continuará crescendo e aumentando a inquietude da própria sociedade. O tratamento adequado precisa ser realizado por uma equipe de atendimento multiprofissional: psicólogos escolares, orientadores educacionais, profissionais da saúde. Especificamente nas escolas, a questão dos alunos com transtornos de conduta tem levado a rotina escolar à desestruturação, profissionais da educação ao adoecimento, com reflexos no processo de ensino aprendizagem e conseqüente violações de direitos (KOKAY, 2010).

Uma das propostas apresentadas pelo grupo e aceita pelos integrantes do Executivo foi a criação de uma Câmara Temática no ano de 2010, representando um esforço na construção de parâmetros e diretrizes institucionais, que contribuirão para criação, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas executadas pela esfera governamental e organizações da sociedade civil de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e transtornos de conduta, especialmente os que forem identificados no ambiente escolar.

A efetivação de uma educação inclusiva é a tarefa de um Estado que intenta organizar uma política pública empenhada na busca de um caráter de universalidade, garantindo acesso a todos os seus cidadãos às políticas que lhes cabem por direito.

Segundo Paulon (2005), a falta de atendimento de saúde e assistência ao aluno com necessidades educacionais especiais é apontada como um dificultador à inclusão, mostrando a carência de articulação de uma rede de serviços, fundamentais para inclusão educacional e para a qualidade de vida dos cidadãos.

Sabemos que o sucesso de uma política inclusiva depende da qualidade de uma rede de apoio que lhe dê sustentação e que as interações entre os profissionais envolvidos, da educação, saúde e assistência, são fundamentais a um processo de inclusão do sujeito na escola e na sociedade. Todos esses dados apontam a necessidade de uma organização das políticas de atendimento que contemple a atuação interdisciplinar, rompendo com o viés de exclusão e fortalecendo o processo educacional.

Nesse sentido, torna-se especialmente relevante a participação dos diferentes segmentos na implantação dos direitos assegurados em lei para que os benefícios percebidos na política de inclusão educacional possam ser efetivados.

Todas essas considerações impõem a necessidade de se pensar estratégias para o desenvolvimento das políticas públicas de inclusão social que, ao mesmo tempo, considerem os avanços produzidos até aqui, e não se limitem a eles. Com essa perspectiva, a interface entre as áreas da saúde e educação, que tenham como propósito a união de esforços e recursos relacionados à inclusão escolar da pessoa com necessidades educacionais especiais, pode se concretizar através da criação de uma rede de apoio à educação inclusiva.

### **3 O TRANSTORNO DE CONDUTA E A FAMÍLIA: uma realidade a ser problematizada**

#### **3.1. Transtorno de Conduta: elementos introdutórios**

Para identificar problemas de aprendizagem e comportamento, segundo Lamônica & Capovilla (2008), vamos encontrar uma variedade de termos como: “dificuldade”, “transtorno”, “incapacidade”, “problemas” e “distúrbios”. No presente trabalho, usaremos o termo “transtorno”.

Segundo a classificação de transtornos mentais e de comportamento da classificação internacional de doenças - 10, elaborado pela Organização Mundial de Saúde:

O termo “transtorno” é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como “doença” ou “enfermidade”. “Transtorno” não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (CID - 10 1992.p. 5).

Ao longo do desenvolvimento normal da criança e do adolescente, alguns comportamentos, como agressividade, brigas com os irmãos, desobediência e vandalismo podem ser observados pelos pais e professores (KOCH; GROSS, 2005). Outras manifestações comportamentais frequentemente percebidas dizem respeito aos atos de mentir, roubar e matar aula (BORDIN; OFFORD, 2000). Tais condutas são fontes de intensa preocupação e, muitas vezes, sinônimos de patologia.

Frente aos comportamentos mencionados, os patológicos devem ser diferenciados da normalidade. Para tanto, é necessário verificar se os mesmos acontecem esporadicamente e isoladamente ou fazem parte de transtornos, em que ocorrem desvios das condutas esperadas para determinada faixa-etária, gênero e cultura (BORDIN; OFFORD, 2000). “Transtorno de conduta é um conjunto persistente de comportamentos que evoluem com o tempo, em geral caracterizados por agressão e violação dos direitos de outros” (KAPLAN, SADOCK, 2007, p. 1317).

Segundo Eddy (2009), o TC descreve um padrão persistente de comportamentos antissociais manifestados por crianças ou jovens, em que são violados os direitos sociais dos outros ou regras sociais estabelecidas. Os comportamentos do TC incluem:

- Agressão a pessoas ou animais;
- Destruição do patrimônio ou propriedade;
- Defraudação ou furto;
- Violações sérias de regras;
- Comportamento negativista, hostil ou desafiador.

O padrão de comportamento, em geral, está presente em uma variedade de contextos, tais como em casa, na escola ou comunidade causando prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV(2003) em relação à sintomatologia, frequentemente as crianças e os adolescentes expressam, a princípio, comportamentos agressivos. Reagem agressivamente às pessoas que estão próximas, provocando, ameaçando, intimidando e, em alguns momentos, chegando a lutas corporais, com ou sem a utilização de instrumentos que possam causar danos físicos.

Também, podem se destacar crueldade física com pessoas ou animais, mentiras ou rompimento de promessas, com objetivo de obter vantagens, roubos em confronto com a vítima, furtos, fraude, estupro e, em casos menos comuns, homicídio. Estas são algumas características que devem também ser consideradas e mencionadas

Crianças e jovens diagnosticados podem demonstrar, ainda, um padrão comportamental iniciado antes dos 13 anos, de permanência fora de casa até altas horas da noite, mesmo com as restrições dos pais. Escapadas noturnas, às escondidas, também ocorrem com certa constância, entretanto, para que sejam consideradas sintomas, é necessário que tenha ocorrido no mínimo duas vezes, ou somente uma vez, contudo, sem o retorno da pessoa por um tempo suficientemente longo.

Outra característica do transtorno diz respeito à prática de destruir intencionalmente a propriedade alheia. Tal prática pode ser vista através de incêndios, ocasionados com a finalidade de gerar sérios prejuízos, tanto quanto atos de vandalismo na escola e na comunidade.

Para Koch e Gross (2005), o TC possui dois subtipos, com base na idade de início dos sintomas: (a) com início na infância, quando pelo menos um critério diagnóstico é confirmado antes dos 10 anos e (b) com início na adolescência, quando não ocorrem manifestações comportamentais indicativas de um transtorno associado à conduta antes dos 10 anos.

De acordo com Teixeira (2009), na escola, o rendimento, na maioria das vezes, está comprometido, o que pode ser justificado pelas ausências constantes à aula, bem

como à falta de participação e empenho com os compromissos escolares. Em relação às condutas percebidas neste ambiente, pode-se enfatizar: agressividade com os colegas, professores e demais funcionários, *bullying*, mentiras, destruição de carteiras, roubos e furtos de objetos pessoais de colegas da sala de aula, uso de álcool e drogas e formação de gangues.

Ainda segundo Teixeira (2009), com frequência, apresentam limitações nas interações interpessoais, tendo dificuldade em fazer amizade. Sintomas como baixa estima, intolerância, irritabilidade e explosões de raiva comumente encontram-se presentes. Além disso, não demonstram sentimento de culpa, arrependimento e remorso perante as atitudes praticadas, manifestando, muitas vezes, hostilidade, negativismo e oposição. Todos esses fatores acabam contribuindo para a ocorrência de comportamentos delinqüenciais.

Apesar dos vários sintomas apresentados, não é necessário, para a elaboração do diagnóstico, que o indivíduo possua todos eles. O DSM-IV-TR (APA, 2003 Critérios diagnósticos para transtorno de conduta) salienta que é preciso que tenham sido manifestados pelo menos três, nos últimos 12 meses, com pelo menos um, presente nos últimos seis meses.

Para avaliar adequadamente os sintomas de TC, os clínicos devem investigar como as crianças agem em cada ambiente. A forma mais comum de se conduzir esse tipo de avaliação é a investigação com os adultos que acompanham por tempo significativo em cada ambiente (EDDY, 2009, p. 23).

De acordo com Eddy (2009), os índices de prevalência variam dependendo da idade, do sexo e da localização geográfica. Variam durante a infância, nas séries iniciais do ensino fundamental (6 a 11 anos): 2% das meninas e 7% dos meninos. Séries finais do ensino fundamental (12 a 14 anos): 2 a 10% das meninas e 3 a 16% dos meninos. Ensino médio: 4 a 15% para meninos e meninas.

A prevalência do transtorno de conduta parece ter aumentado nas últimas décadas, podendo ser superior em contextos urbanos, em comparação com a área rural, embora tendam a diminuir conforme os indivíduos atingem a adolescência.

Segundo Rotta (2006), o prognóstico depende de muitas variáveis, tais como intensidade dos sintomas, grau de coesão da família e adesão ao tratamento, entre outras. No curto prazo, o que mais pode prejudicar são as dificuldades no relacionamento com

os pais, colegas e professores. Em geral, o prognóstico do TC em crianças é pior naquelas com sintomas em idade precoce, que exibem o maior número de sintomas e os expressam com maior frequência.

O curso do transtorno pode regredir ou evoluir para algo mais sério na idade adulta. Quando os sintomas tendem a persistir, torna-se comum o envolvimento com álcool e drogas, assim como o diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial. Além disso, aumentam os riscos de criminalidade, despreparo ocupacional, emprego mal remunerado ou desemprego, nível rebaixado de escolaridade e prejuízos nos relacionamentos sociais.

De acordo com Eddy (2009), apesar de desconhecida, a etiologia dos TCs parece estar relacionada a interações entre fatores genético-constitucionais, familiares e sociais. E Kaplan (2002) coloca que, nos fatores familiares, contribui uma educação severa e punitiva caracterizada por agressão física e verbal, condições domésticas caóticas, ressentimento entre pais e divórcio, abuso da criança e negligência, pais usuários de drogas e álcool. Crianças expostas à violência, em especial aquelas que sofreram abuso físico, em geral se comportam de forma agressiva. Podem ter dificuldade para verbalizar seus sentimentos, o que aumenta a tendência de expressar-se através de atos.

Kaplan (2002), destaca que “nenhum fator isolado é capaz de explicar o TC, sendo que é comum em filhos de pais com transtorno antissocial e está significativamente ligada a fatores socioeconômicos”(KAPLAN, 2002, p.997).

Porém, para Ballone (2003), embora haja a crença de que o TC seja mais frequente nas classes sociais mais baixas, notadamente em famílias que apresentam, concomitantemente, instabilidade familiar, desorganização social, alta mortalidade infantil e incidência mais alta de doenças mentais graves, essa não é uma opinião unânime, acreditando-se que entre o comportamento delinquencial das classes mais baixas e mais altas haja diferenças apenas no modo de apresentação do comportamento, sugerindo assim uma falsa idéia de que os mais pobres têm mais esse transtorno.

Retomando a idéia de Kaplan (2002) “condições caóticas estão associadas com TC, entretanto lares desfeitos em si mesmo, não são. Casualmente importantes, a tensão entre pais é que contribui para o TC” (KAPLAN, 2002, p.997).

Nos fatores biológicos, as crianças podem herdar tendências a comportamentos desatentos, impulsivos e/ou hiperativos, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de TCs.

Na análise de Eddy (2009) o diagnóstico de TC pode ser um desafio, pois as crianças podem agir de maneira diferente durante uma entrevista. Os repertórios de comportamento em casa, na escola e na comunidade podem ser completamente distintos. A avaliação adequada do TC exige a coleta de informações sobre padrões de comportamento de várias fontes, como pais, professores e pares, e em várias situações como na escola, em casa e na comunidade.

O neuropediatra deve utilizar os resultados das escalas de avaliação de comportamento e os critérios diagnósticos do DSM-IV. Além disso, deve estruturar entrevistas eficazes para os pais, para a criança e para os professores. As avaliações padronizadas, utilizadas para o diagnóstico do TC, incluem entrevistas clínicas, questionário, observações e registros históricos.

Diagnósticos diferenciais incluem os transtornos reativos a situações de estresse e comportamento antissocial decorrente de quadros psicóticos. Crianças vítimas de violência doméstica podem apresentar comportamentos antissociais como reação a situações de estresse e adolescentes em episódio maníaco podem furtrar, falsificar assinaturas em cheques ou provocar brigas com luta corporal em decorrência da exaltação do humor e não devido a transtorno de conduta.

Em relação às comorbidades, Eddy (2009) sugere a ocorrência de alguns transtornos associados ao TC. As patologias comórbidas mais frequentes são: transtorno de “déficit” de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e abuso/dependência de substâncias.

Bordin e Offord (2000) encontraram dados que indicam que, dentre os transtornos comórbidos mais comuns, 43% dos casos estão associados ao TDAH, enquanto 33% ocorrem simultaneamente com transtornos que envolvem as emoções (ansiedade, depressão, obsessão-compulsão).

Ainda de acordo com os autores, a comorbidade com o TDAH é mais encontrada ao longo da infância, tendo prevalência no sexo masculino. Já as comorbidades com ansiedade e depressão acontecem, principalmente, na adolescência, englobando, após a puberdade, em sua grande maioria, o sexo feminino.

Os tratamentos citados na literatura são bastante variados, incluindo intervenções junto à família e à escola (por exemplo, psicoterapia familiar e individual, orientação de pais, comunidades terapêuticas e treinamento de pais e professores em técnicas comportamentais). Apesar de nenhum deles ser muito eficaz, principalmente como intervenção isolada, quanto mais precocemente iniciados e quanto mais jovem o paciente, melhores os resultados obtidos. Salienta-se a importância das intervenções concomitantes e complementares em longo prazo (BORDIN, OFFORD, 2000, P.11).

Bordin (2000) coloca que na faixa etária dos três aos oito anos, alguns sintomas do TC costumam ser identificados, merecendo ações preventivas junto à criança e aos seus pais e professores. Muitas vezes, o foco do problema está no conflito entre pais e filhos. Outras vezes, os pais estão demasiadamente envolvidos com problemas pessoais e necessitam de apoio. Alguns pais precisam de ajuda para estabelecer limites e escolher métodos mais apropriados para educar os filhos. O contato com a escola também pode ser útil para resolver conflitos entre professores e alunos e ajudar os professores a encontrar em maneiras mais adequadas de lidar com as dificuldades da criança.

Segundo Eddy (2009), os TCs são diagnosticados com base exclusivamente no comportamento das crianças, sendo os programas de tratamento mais eficazes os que enfocam a mudança de problemas de comportamentos específicos, desenvolvidos e mantidos nas interações sociais com pais, professores e pares, enfocando a mudança das suas características. Os programas de psicoterapia que enfocam tanto a mudança de comportamentos, problemas específicos quanto à forma como as crianças interagem com pais, professores e pares são os mais eficazes para o tratamento de TCS. Os tratamentos mais efetivos combinam treinamento para pais, programas de manejo de comportamento na escola e treinamento de habilidades para solução de problemas direcionados às crianças.

Quanto mais jovem o paciente e menos graves os sintomas, maior a probabilidade de o indivíduo se beneficiar de uma psicoterapia. Quando se trata de adolescente que já cometeu delitos, observa-se maior resistência à psicoterapia.

Para algumas crianças, o medicamento pode diminuir a intensidade ou a frequência de certos comportamentos, o que, por sua vez, pode melhorar a resposta às intervenções psicossociais em andamento. O tratamento com psicofármacos faz-se necessário em algumas situações nas quais os sintomas-alvo (por exemplo, ideias paranóides associadas à agressividade, convulsões) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, TDAH, depressão) estão presentes.

De acordo com Moura (2011), para o melhor entendimento da violência no Brasil, são necessários estudos sobre a história natural dos transtornos de comportamento disruptivos, e se, no seu curso, há algum período crítico em que os comportamentos possam ser mais facilmente modificados. A escola, possivelmente, seja o principal cenário em que esses comportamentos se explicitem e possam ser alvos de

políticas de prevenção em todos os níveis. Entretanto, são necessárias políticas públicas, explícitas e abrangentes, para o atendimento desse tipo de problema.

Acredita-se que, com um diagnóstico e tratamento correto, um grande número de problemas como, repetência escolar, abandono de estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas vocacionais e de relacionamento, bem como o uso de drogas, podem ser adequadamente tratados e até mesmo evitados.

### **3.2 Família e o Transtorno de Conduta: alguns apontamentos**

Ao analisar a questão da criança e adolescentes com TC, considera-se o debate sobre a instituição familiar e toda a sua implicação neste processo. Considerando seus processos de transformação, de subjetividade e de formação de identidades múltiplas através dos seus membros, da família como um todo.

A família seria [...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos ou não por laços consanguíneos. Tem, como tarefa primordial o cuidado e a proteção (MIOTO, 1997, p. 115). Portanto, é aquela que acolhe as relações, afeto, valores, satisfação cotidiana, vida, reestruturando-se, alguns momentos, gerando inseguranças; noutros, libertando antigas amarras opressoras familiares.

Deste modo, é difícil estabelecer um único conceito de família. Resta e Mota (2005) afirmam que a definição de família abrange uma complexidade de fatores, que são adaptados nos diferentes contextos e realidades vividos por ela. Neste sentido, não se pode falar na existência de um conceito de família que elucide a estruturação de todas, mas na existência de famílias no sentido plural.

O conceito de família depende de quem a define, do contexto social, político e familiar em que está inserido. A partir das diversas concepções de família e da vivência familiar, a família é como um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios.

Os conceitos podem ser diversos, mas um ponto comum é que, a união dos membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto.

Através dessa relação é que se desenvolve a cultura familiar, sendo considerada por Elsen (2002) como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se define a partir das relações internas e externas à família, e que determina seu modo de funcionamento interno e a maneira como a família desenvolve suas vivências e interações com o mundo externo. Essas experiências caracterizam-se pelas ações e interações presentes no núcleo familiar e direcionado a cada um de seus membros com o intuito de alimentar e fortalecer seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar.

Elsen (2002) afirma que mais do que uma idéia ou conceito, a família tem materialidade na convivência entre seus membros. Como processo contínuo de abstração e concretude, ela é a unidade essencial do viver humano, através da qual, ora como pano de fundo, ora como determinante explícito, vão sendo tecidas as especificidades de seus membros.

Ao longo dos tempos, a família sofreu alterações, verificando-se uma grande diferença na sociedade brasileira. A transformação de sociedade rural, na qual predominava a família patriarcal e fechada em si mesma, para uma sociedade de bases industriais com as suas implicações de mobilidade social, geográfica e cultural acarretou transformações igualmente marcantes na estrutura do modelo tradicional de família.

De acordo com Rigonatti (2003), o século XX foi cenário de grandes transformações na estrutura da família. Ainda hoje, porém, observamos algumas marcas deixadas pelas suas origens. Da família romana, por exemplo, temos a autoridade do chefe da família, onde a submissão da esposa e dos filhos ao pai confere ao homem o papel de chefe. Da família medieval perpetua-se o caráter sacramental do casamento originado no século XVI. Da cultura portuguesa, temos a solidariedade, o sentimento de sensível ligação afetiva, abnegação e desprendimento.

A expressão mais marcante dessas transformações ocorreu no final da década de 1960: cresceu o número de separações e divórcios, a religião foi perdendo sua força, não mais conseguindo manter casamentos com relações insatisfatórias. A igualdade passou a ser um pressuposto nas relações matrimoniais.

Evidencia Pereira (2009), a necessidade de elucidar esta nova família, ressaltando seu caráter contraditório, sendo o núcleo familiar com virtudes e consensos, mas também com fragilidades, devendo ser encarada como unidade simultaneamente forte e fraca.

Algumas características predominantes se fortalecem e se solidificam na família atual como a consolidação da mulher no mercado de trabalho, onde a distinção entre o pai-provedor e mãe-zeladora diminui, ainda persistindo as desigualdades entre homens e mulheres. Como conseqüências importantes deste processo, observamos o aumento da taxa de divórcios, o aumento da taxa de uniões sem formalidades contratuais, maternidade e paternidade de solteiros.

O que se percebe não é o enfraquecimento da instituição família, mas o surgimento de novos modelos familiares, de novas relações entre os sexos, numa perspectiva igualitária, mediante a inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, como também sua condição de provedora exclusiva do lar entre outros aspectos.

A partir daí, surgem inúmeras organizações familiares alternativas: casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões; casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos ou parceiros isolados ou mesmo cada um vivendo com uma das famílias de origem.

Para Miotto, o ambiente familiar é um espaço constituído de pessoas que se empenham uma com as outras, de modo contínuo, estável e não. (MIOTTO, 2004 p. 14/5). Este espaço pode ser tanto um espaço de felicidade como um espaço de infelicidade, tanto um espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como um espaço de limitações e sofrimentos (MIOTTO, 1997). “É construído a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo”. (MIOTTO, 1997, p. 117).

Hoje o núcleo familiar é predominantemente composto por várias gerações, como uma forma de melhor enfrentar as dificuldades financeiras. Os filhos adultos, mesmo quando constituem suas próprias famílias, continuam compartilhando o habitat original, somando rendimentos com o objetivo de baratear os custos com a habitação e garantir melhores cuidados às crianças e a outros dependentes que não participam ativamente no mercado de trabalho, como os adolescentes, os idosos, os desempregados e os deficientes.

Devido às diversas mudanças pelas quais a família tem passado, a capacidade de proteção e cuidado, tradicionalmente atribuídos a ela como principal função tem sido modificada. “Essas transformações, que envolveram aspectos positivos e negativos, desencadearam um processo de fragilização dos vínculos familiares e tornaram as famílias mais vulneráveis” (MIOTTO, 2004, p. 139).

Souza (1997) refere que a família desempenha ainda o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Sendo um sistema aberto que se desenvolve na troca de relações com outros sistemas, tem sofrido transformações, as quais refletem mudanças mais gerais da sociedade. Dessa maneira surgem novos arranjos, diferentes da família nuclear anteriormente dominante, constituída pelo casal e filhos. Qualquer que seja a sua estrutura, a família mantém-se como o meio relacional básico para as relações da criança com o mundo.

Pensar em família é refletir sobre a complexidade de fatores que envolvem o mundo familiar observando sua realidade, buscando compreender seu modo de viver no mundo. A família é o espaço de inclusão e acolhimento da criança, no qual ela deve receber amor, afeto, proteção e segurança, cabendo à família a sua socialização.

Segundo Miotto (2009), através de um movimento de naturalização da solidariedade familiar, sempre foi delegada à família a função de proteção e bem-estar dos seus membros, independente de suas condições de exercê-la. Essa naturalização torna-se cada vez mais explícita, não somente pela posição que a família assume no cuidado dos seus membros, mas também e principalmente através do papel de cuidado que a família tem sido chamada a cumprir no processo saúde-doença.

Na concepção de André (1999), apesar da existência de indícios que relacionem o nível socioeconômico familiar ao desempenho do aluno, cada família possui uma cultura particular, uma forma de se organizar e de funcionar que apresenta mais influência sobre a aprendizagem do que o nível social em si. Dessa forma, elementos como o modo de vida de uma família, seus valores, crenças e opções, seus meios de interagir e de se comportar incidem de modo mais significativo sobre o desempenho escolar do que simplesmente o seu nível socioeconômico, sendo diferente da situação do transtorno de conduta.

Segundo Vitolo (2005), quando os maus-tratos estão presentes podem ser observados prejuízos à criança a curto e longo prazo, incluindo danos à saúde em geral e problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, isolamento social, suicídio, abuso de drogas, transtorno de conduta, delinquência). Outras consequências da violência física contra as crianças incluem atrasos no desenvolvimento cognitivo, déficit intelectual e fracasso escolar, além de violência e criminalidade na adolescência e na vida adulta.

A violência, quando presente na família, pode gerar quadros danosos à saúde geral, física e mental. Bem como, alterações na aprendizagem e comportamento. As

crianças e adolescentes com TC representam um grande desafio para a família, para a escola e para a sociedade. São indivíduos que apesar de possuírem capacidade cognitiva dentro da média, nem sempre são capazes de realizar suas tarefas acadêmicas, além disso, chamam a atenção do grupo mais pelo desconforto que geram do que pela capacidade de manter bom relacionamento.

Dessa maneira, Weiss, (1997) destaca que a compreensão global da aprendizagem e seus desvios, solicitam uma análise não somente do sujeito, mas da qualidade das relações que ele estabelece com a escola, a família e a sociedade. São arrolados como fatores causais do insucesso escolar: as condições socioeconômicas da família, a influência do seu meio cultural e o patrimônio genético do indivíduo (Weiss, 1997).

Enaltece-se a família, no plano simbólico, como um suporte que favorece a transmissão de valores ético-políticos coerentes com uma sociedade supostamente fraterna. Apontando-a como uma rede de amparo aos riscos sociais e afetivos, sempre atenta às disfunções de seus integrantes. Transmissão de ideias que favorecem, no plano ideal, o deslocamento para o grupo familiar de uma situação opressiva..., inter e intrafamiliar. Favorece ainda a culpabilização da família pelos insucessos de seus integrantes ou quando falha na tarefa de socialização (Miotto, 2011, p. 17-18).

Devido as transformações das estruturas familiares, do empobrecimento das famílias e da diminuição dos vínculos comunitários, as possibilidades protetivas da família já não são as mesmas, ocorrendo a culpabilização pelos seus fracassos nas alterações do aprendizado e do comportamento.

## **4 PROGRAMA DE SAÚDE PARA APRENDER MELHOR: trajetória, análise e percepções**

### **4.1 Histórico do Programa de Saúde “Para Aprender Melhor”**

O Núcleo de Neurodesenvolvimento Prof. Mario Coutinho, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, vem desenvolvendo o Programa de Saúde “Para Aprender Melhor”, tendo como objetivo identificar, prevenir e tratar problemas relativos à área de saúde. São desenvolvidas ações para diagnóstico e intervenção multidisciplinar dos casos de transtorno do aprendizado e do comportamento, para investigação dos dados apresentados com resultados a serem confirmados em pesquisa. A hipótese de que transtornos da aprendizagem e comportamento podem afetar o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) motivou o desenvolvimento do PAM.

O PAM é um Programa de Saúde com o patrocínio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através de seu programa de Prevenção da Violência, e da UNESCO e a parceria da 5ª Coordenadoria Regional de Educação e da Prefeitura Municipal de Pelotas, através das Secretarias Municipais de Educação e Saúde.

Tem como objetivo diagnosticar e tratar transtornos da aprendizagem e do comportamento em alunos da rede pública de ensino do bairro Fragata, em Pelotas. Esta ação não pretende substituir programas de apoio pedagógico, também não tem a pretensão de ser um programa de saúde escolar em acepção mais ampla, que contemple um conjunto de ações, tais como atendimento a problemas clínicos, saúde visual e exames de aptidão para prática de educação física. Seu objetivo é identificar, prevenir e tratar problemas relativos à área de saúde que possam representar obstáculo para que o aluno aprenda melhor (MOURA 2009).

O programa abrange duas escolas públicas de ensino fundamental do bairro Fragata de Pelotas (RS), a Escola Municipal de Ensino Fundamental Nossa Senhora de Lourdes e a Escola Estadual de Ensino Fundamental Mal. Luiz Alves de Lima e Silva, totalizando 1075 alunos.

A modificação das condições passíveis de tratamento pelo sistema de saúde poderá melhorar a avaliação das escolas, o convívio no ambiente escolar, no núcleo familiar e prevenir o comportamento violento. O Programa procurou identificar estes

alunos a fim de desenvolver um conjunto de intervenções para diminuir o efeito deletério desses transtornos, no aprendizado e diminuir a violência no ambiente escolar.

O PAM parte da hipótese que intervenções multidisciplinares precoces, quando no surgimento dos sintomas do transtorno de conduta, podem levar a modificação de comportamento violento, refletindo no ensino-aprendizagem, na inclusão escolar, envolvendo a família, a escola e a comunidade.

O Programa teve sua implantação em abril de 2010 e se estenderá até o final de 2012 com a meta de transformá-lo em um estudo longitudinal, tendo como objetivo desenvolver ações para diagnosticar e tratar transtornos da aprendizagem e do comportamento em alunos de educação básica.

Dentre os objetivos específicos, destacamos: Treinar os profissionais da escola na identificação da adesão e falha no tratamento; Desenvolver atividades individuais e coletivas com familiares visando a qualificar o diagnóstico e tratamento; Desenvolver atividades vinculadas ao Serviço Social visando a estabelecer as melhores estratégias diante de situações ambientais de ordem econômica, culturais e sociais que contribuam para o agravamento dos transtornos; Desenvolver o atendimento a estudantes com transtornos da aprendizagem e problemas comportamentais; Avaliar o impacto do Programa na aprovação escolar dos participantes, índices de aprovação por escola, desempenho na Provinha Brasil, Prova Brasil e IDEB (Índice de Desempenho das Escolas Brasileiras), índice de evasão e no questionário de avaliação da família e professores.

Os recursos humanos iniciais foram de quatro psicólogos, uma assistente social, uma fonoaudióloga, um médico, dez entrevistadoras, um digitador, duas pedagogas, um epidemiologista e um administrador. No decorrer do Programa, outros profissionais e estagiários vieram compor a equipe.

Os critérios para escolha das escolas foram à proximidade com o ambulatório, indicadores como IDEB, taxa de reprovação e a existência de 1ª a 8ª séries do ensino fundamental. A Escola Estadual de Ensino Fundamental Mal. Lima e Silva está a cerca de 300 metros do ambulatório, e a Escola Municipal Nossa Senhora de Lourdes, a 2000 metros.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador da qualidade da Educação desenvolvido pelo Ministério da Educação. Seus valores variam de 1 a 10, e o objetivo do MEC é que o Brasil alcance o IDEB 6, no Ensino Fundamental I, até 2022.

**Tabela 1: População objeto do Programa**

	<i>Reprovação na 4ª série (%)</i>	<i>Reprovação na 8ª série (%)</i>	<i>IDEB 2007 Ensino Fundamental 1ª etapa</i>	<i>IDEB 2007 Ensino Fundamental 2ª etapa</i>	<i>Número de alunos da 1ª a 8ª série</i>
Escola municipal de ensino fundamental Nossa Senhora de Lourdes	9	33,8	3,5	1,8	595
Escola estadual de ensino fundamental Mal. Luiz Alves de Lima e Silva	23,1	13,6	3,7	2,8	718
<b>Total</b>					<b>1313</b>

Fonte: Programa de Saúde - Para Aprender Melhor (PAM).

A Escola municipal de ensino fundamental Nossa Senhora de Lourdes obteve reprovação na 4ª série de 9% e, na 8ª série, de 33,8%; seu IDEB 2007 Ensino Fundamental 1ª etapa é de 3,5 e 2ª etapa, de 1,8.

A Escola estadual de ensino fundamental Mal. Luiz Alves de Lima e Silva obteve reprovação na 4ª série 23,1% e, na 8ª série, de 13,6%; seu IDEB 2007 Ensino Fundamental 1ª etapa é de 3,7 e 2ª etapa, de 2,8.

Enquanto que a reprovação no Brasil, na 4ª série é de 10,4%, na região Sul é de 8,9%, no Rio Grande do Sul é de 10,9%, em Pelotas é de 15,8%. A reprovação na 8ª série no Brasil é de 10,8%, na região Sul é de 11,3%, no Rio Grande do Sul é de 13,1%, em Pelotas é de 20%, conforme dados de 2005 do MEC.

Para contato com os estudantes e familiares dos participantes do Programa foi realizada visita domiciliar, quando os entrevistadores explicaram os objetivos da pesquisa para os pais e obtiveram o Consentimento Livre e Esclarecido de um dos responsáveis. Os pais e os escolares que consentiram participar do estudo responderam a um instrumento que continha informações sobre as características da amostra, uma

triagem para transtornos psiquiátricos, bullying e uma escala sobre eventos estressores familiares.

Para avaliação de fatores emocionais e comportamentais da criança, foi utilizado um Questionário de capacidades e dificuldades denominado SDQ (Strengths and Difficultis Questionnaire). Este instrumento foi aplicado por entrevistadoras aos pais de crianças menores de 11 anos. Acima dessa idade, foi aplicado aos pais e às próprias crianças. Este questionário é subdividido em cinco sub-escalas: problemas emocionais, hiperatividade, relacionamento, conduta e comportamento pró-social. Também foi apresentada, ao responsável, uma lista com 26 acontecimentos considerados eventos significativos na vida, para identificação daqueles que os entrevistados vivenciaram no último ano, relacionados ao trabalho, à perda de suporte social, à família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e econômicas. Outro questionário utilizado era composto por questões socioeconômicas, escolaridade e idade materna, variáveis sobre as condições de nascimento dos escolares e informações sobre a vida acadêmica.

Em um segundo momento, depois que todas as crianças da turma foram visitadas pelos entrevistadores em suas residências, foram aplicados testes por pedagogos para avaliar a presença de Dislexia e Discalculia, na própria sala de aula, de forma coletiva. A dislexia foi avaliada através do Teste de Competência de Leitura Silenciosa de Palavras e Pseudopalavras (TCLPP).

A avaliação da Discalculia foi realizada através da ZAREKI-R, uma bateria neuropsicológica que examina o desenvolvimento de habilidades básicas para cálculo e aritmética e identifica e caracteriza as habilidades matemáticas.

As crianças que possuíam indicativo de Dislexia ou Discalculia tiveram a sua capacidade intelectual testada, através da Escala de inteligência para crianças, WISC-III, a qual possui 13 subtestes, que avaliam diferentes aspectos da inteligência e também por audiometria e teste de acuidade visual.

Em um terceiro momento, foi realizada a confirmação dos diagnósticos de transtornos psiquiátricos e aprendizagem das crianças que apresentaram o indicativo na avaliação, sendo encontrada a presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador de oposição (TDO), transtorno de humor bipolar (THB), transtorno de conduta (TC) e transtorno depressivo (TD).

Nos casos de confirmação do diagnóstico, as crianças e adolescentes foram encaminhados para intervenção multidisciplinar, como a psicoeducação e atendimento médico para avaliar a necessidade de terapia medicamentosa. Aquelas crianças cujos

pais se recusaram a participar não foram avaliadas e não participaram das próximas etapas da pesquisa.

Como parte do Programa, quando há indicação de terapia medicamentosa às crianças e adolescentes, ela é fornecida no próprio local mediante a apresentação de receituário especial prescrito pelo médico. Além disso, as crianças e acompanhantes recebem vale transporte, para sua locomoção, durante as consultas.

Uma das intervenções foi a psicoeducação, um conjunto de técnicas e estratégias educativas, para promover a compreensão do transtorno psiquiátrico que estes escolares possuem, através de recursos audiovisuais e materiais impressos criados para este fim. Foram abordados a etiologia do transtorno, a epidemiologia, o prognóstico, os diferentes tratamentos existentes, e a importância da adesão ao tratamento farmacológico, quando for o caso, e salientado a importância do reconhecimento dos sintomas e ensinamento de algumas técnicas cognitivo-comportamentais que ajudam no controle dos sintomas.

Essa intervenção foi realizada em grupos com até cinco alunos, divididos de acordo com o transtorno e a faixa etária que possuíam, com uma sessão semanal, totalizando oito encontros. As sessões foram padronizadas e conduzidas por um psicólogo e um estudante de psicologia. Os encontros dos grupos foram realizados em salas apropriadas no Ambulatório de pediatria da UFPel.

Os pais dos estudantes que possuíam algum transtorno psiquiátrico e que apresentaram algum fator estressor participaram de um grupo de apoio psicossocial com as assistentes sociais. O objetivo dessa intervenção foi de auxiliar os pais a compreender os sintomas de seus filhos e manejar a doença de forma adequada, tornando-os colaboradores na manutenção do tratamento.

Os grupos foram formados por oito cuidadores, coordenados por uma assistente social e apoiados por psicólogas e estagiários de psicologia e serviço social, através de atividades semanais, totalizando 8 sessões realizadas no Ambulatório de pediatria da UFPEL.

Concomitante à avaliação dos transtornos da aprendizagem e de conduta dos escolares, foi aplicado, junto aos professores, um questionário que avalia o estresse ocupacional crônico.

**Tabela 2: Características da amostra das duas escolas**

<i>Características</i>	<i>Escola 1</i>	<i>Escola 2</i>
<b>Média de anos de estudo materna</b>	6,73 (3,24)	7,02 (3,49)
<b>Idade</b>		
De 6 a 8	151 (27,7%)	155 (29,2%)
De 9 a 11	168 (30,8%)	175 (33%)
De 12 a 18	226 (41,5%)	200 (37,7%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	287 (52,7%)	279 (52,6%)
Feminino	258 (47,3%)	251 (47,4%)
<b>Série</b>		
Até 4ª	304 (55,8%)	303 (57,2)
De 5ª a 8ª	241 (44,2%)	227 (42,8%)
<b>SDQ emocional</b>		
Normal	238 (44,1%)	227 (43,1%)
Limítrofe	108 (20%)	107 (20,3%)
Anormal	194 (35,9%)	193 (36,6%)
<b>SDQ conduta</b>		
Normal	259 (48%)	325 (61,7%)
Limítrofe	79 (14,6%)	69 (13,1%)
Anormal	202 (37,4%)	133 (25,2%)
<b>SDQ hiperatividade</b>		
Normal	297 (55,3%)	329 (62,8%)
Limítrofe	86 (16%)	61 (11,6%)
Anormal	154 (28,7%)	134 (25,6%)
<b>SDQ relacionamento</b>		
Normal	337 (62,6%)	344 (65,4%)
Limítrofe	62 (11,5%)	57 (10,8%)
Anormal	139 (25,8%)	125 (23,8%)

Fonte: MOURA, D.R..*Prevalência e características de escolares vítimas de bullying*.Jornal de pediatria. Volume 87, nº1. jan/fev 2011,p.21.

Conforme dados publicados, das 1.119 crianças matriculadas nas duas escolas, foram realizadas 1.075 entrevistas domiciliares, com uma perda de 4%.

Por não existir diferença estatisticamente significativa entre as duas escolas nas características socioeconômicas e de instrução materna foram consideradas, para efeito de análise, a soma dos alunos das escolas. Na amostra publicada, 52,7% eram do sexo masculino. Do total dos estudantes, 28,5% estavam entre 6 e 8 anos de idade; 32% entre 9 e 11 anos; e 39,6%, entre 12 e 18 anos. Cursavam as quatro primeiras série, 56,5% dos alunos; e o restante, da 5ª à 8ª série.

Um total de 261 alunos foi reavaliado pela equipe de psicólogas através de uma entrevista diagnóstica padronizada. Os professores das duas escolas participantes

encaminharam 201 alunos para serem reavaliados por transtornos da aprendizagem e do comportamento, os quais passaram por diagnóstico.

Para nossa pesquisa, focalizamos o transtorno de conduta e, identificamos os seguintes casos:

**Tabela 3: Características do TC na amostra de 1.075 alunos do PAM**

<i>Características</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
<b>Transtorno de Conduta</b>		
Anormal	26	2,41%
Normal	1.049	97,58%
<b>Idade</b>		
De 6 a 8	03	11,53%
De 9 a 11	14	53,84%
De 12 a 14	05	19,23%
De 15 a 18	04	15,38%
<b>Sexo</b>		
Masculino	20	76,92%
Feminino	06	23,07%
<b>Terapia Medicamentosa</b>		
Sim	19	73,07%
Não	07	26,92%

Com o diagnóstico do transtorno de conduta, foram confirmados 26 casos, com 2,41% ratificando as prevalências estimadas no Programa e referidas em bibliografia.

Na característica de idade dos casos de TC, 11,53% estavam entre 6 a 8 anos; 53,84%, entre 9 a 11anos; 19,23%, entre 12 a 14 anos e 15,38%, entre 15 a 18 anos. Verifica-se maior incidência do TC entre os 9 e 11 anos de idade.

Referente ao sexo no TC, 76,92% são do sexo masculino com evidente maioria, e 23,07%, do sexo feminino. Na amostra de 73,07%, a grande maioria utiliza terapia medicamentosa no tratamento do TC junto ao PAM.

O PAM pretende que, cada vez mais, as dificuldades de aprendizagem e de conduta sejam contornadas e não se tornem empecilho para o desenvolvimento pessoal,

participando de forma consistente na inclusão social, possibilitando o exercício da cidadania plena a todos.

Segundo Naujorks (2001), o transtorno de conduta é pouco estudado. No Brasil não têm sido publicados estudos de prevalência de transtornos de aprendizado e de conduta. Nesse sentido, percebeu-se uma lacuna em relação a essas demandas.

O Programa tem um novo olhar na prevenção da violência na sociedade, uma nova prática, intervenções ao transtorno de conduta, no surgimento dos primeiros sinais e sintomas quando há condições de alterar o quadro, na tentativa de diminuir sua repercussão nas relações sociais e familiares.

## **4.2 Apresentação da Pesquisa**

A pesquisa foi abordada a partir da perspectiva crítico-dialético, tendo em vista que ela permite uma abordagem da política social e dos processos sociais, a partir da reconstrução dessa categoria inscrita na realidade sócio histórica e sua perspectiva metodológica. Lukács (2009) afirma: “O marxismo ortodoxo não significa, pois, uma adesão sem crítica aos resultados da pesquisa de Marx, não significa uma ‘fé’ numa ou outra tese, nem a exegese de um livro ‘sagrado’. A ortodoxia em matéria de marxismo refere-se, pelo contrário, exclusivamente, ao método”.

Por ser uma abordagem social e dos processos sociais, referencia-se a necessidade de uma perspectiva em que nos leve a este caminho, e que nos possibilite uma flexibilidade na crítica aos resultados, evitando assim, abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas” (BEHRING, 2009, p.26).

Para referendar, trazemos as palavras de Minayo (2006), que caracteriza como Pesquisa Social “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (MINAYO, 2006, p.47).

O método, na perspectiva marxista, não se confunde com as técnicas ou regras intelectivas; é uma relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito aproximar-se das características do objeto. Nessa perspectiva, o conhecimento não é absoluto, mas é possível apreender as múltiplas determinações dos processos sociais.

Para Behring (2009), a investigação marxista caracteriza-se, assim, por não se deixar enganar por aspectos e semelhanças superficiais presentes nos fatos, procurando chegar à essência do fenômeno.

Em concordância, Minayo (2006) refere que “o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-se como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação” (MINAYO, 2006, p.107-108). É nessa perspectiva que a pesquisa realizada terá seu foco de análise.

Para investigar as repercussões do PAM em relação à convivência familiar e escolar, junto às crianças com transtorno de conduta e alcançar os objetivos propostos, utilizou-se uma metodologia de abordagem qualitativa, pois “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo” (MINAYO, 2006, p.42)

Continuando com o pensamento da autora (2006), podemos afirmar que esta pesquisa:

Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável (MINAYO, 1994, p. 22).

Nesta metodologia, tem-se a orientação filosófica dialética que “insiste na relação dinâmica entre sujeito e objeto, no processo de conhecimento. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais” (CHIZZOTTI, 2000, p. 80)

O foco do nosso estudo foram as crianças com transtorno de conduta participantes do PAM, que eram em número total de 26, mas como 11 não tiveram adesão ao Programa, optou-se por focar nas 15 crianças que participaram das atividades desenvolvidas pelo Programa.

Para alcançarmos os objetivos da pesquisa optou-se por utilizar entrevista semiestruturada com as mães ou responsáveis, e entrevista semiestruturada com os professores das referidas crianças.

A escolha da técnica de coleta de dados a ser utilizada foi norteadada pelo método dentro daquilo que o pesquisador objetiva. Tem como objetivo produzir versões do

mundo, sem perder a noção de que o conhecimento é sempre uma construção do coletivo, ou seja, uma construção da realidade.

Após aprovação pelo Comitê de Ética (Anexo.1), iniciamos as primeiras entrevistas, que foram realizadas de agosto de setembro nas quais a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cada entrevistado, além das questões orientadoras.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada. Para Bleger (1993), esta modalidade de entrevista permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, que permite uma investigação mais ampla sobre o entrevistado, na medida em que pode se alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista, possibilitando uma investigação mais aprofundada da pessoa escutada.

A entrevista pode ser considerada como prática discursiva, de forma a entendê-la como "ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade" (PINHEIRO, 2000: 186).

A escolha pelo uso da entrevista semiestruturada, se deve, pela flexibilidade, já que o instrumento é um roteiro e não uma imposição da ordem das perguntas e como possibilita conforme o andamento, uma investigação mais livre para contextualizar as falas, seus significados e uma aproximação maior com o tema que nos motiva.

A entrevista como forma de estudo se mostrou efetiva, pois os dados foram construídos de modo a explicarem o ponto de vista das intérpretes em sua atuação, e por seu caráter de interação conseguiu-se chegar as informações que se buscava sem haver uma imposição ou ordem rígida, o que confere segurança sobre a veracidade dos dados coletados (Pinheiro, 2000) Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, foram empregados números para identificação de cada entrevistado, nas transcrições das entrevistas e nas análises de dados

Foram construídos dois instrumentos para nortear as questões dos dois grupos envolvidos, das mães ou responsáveis e dos professores. (Anexo.2 e 3). Após o consentimento dos entrevistados, usamos a técnica do gravador para o registro das informações com exceção das duas primeiras no grupo dos responsáveis por dificuldade no seu manuseio.

No caso das mães ou responsáveis optou-se por entrevistar a pessoa que acompanhava as crianças e adolescentes as consultas e intervenções multidisciplinar.

A seguir, para facilitar a leitura, denominaremos o grupo somente pelo termo responsáveis, por entender que mães ou pais podem assim ser denominados.

Inicialmente, estabeleceu-se contato com a direção das duas instituições de ensino fundamental, Escola Municipal Nossa Senhora de Lourdes e Escola Estadual Mal. Luiz Alves de Lima e Silva para apresentação dos objetivos da pesquisa, metodologia para as entrevistas e carta de anuência.

Em ambas as escolas, eu, enquanto pesquisadora fui muito bem recebida e a direção se colocou a disposição para favorecer as entrevistas e as informações necessárias acerca dos alunos e professores.

Como se pretendia analisar as contribuições da intervenção do PAM verificou-se que seria necessário entrevistar os professores que acompanharam os alunos anteriormente e posteriormente as intervenções multidisciplinares, ou seja, no ano de 2010. Nas séries iniciais, o professor é por currículo, é somente um professor por turma, a partir da quarta série é por área, ou seja, um professor por disciplina, nesses caso, optou-se pelo professor que possui maior carga horária em sala de aula, possibilitando maior contato com os alunos, sendo as disciplinas de matemática e português as mais indicadas.

Selecionaram-se onze professores para as entrevistas, dos quais, dois foram transferidos de escola, não sendo possível encontrá-los devido à mudança de endereço e telefone de contato. Outras duas crianças passaram por outras escolas no ano de 2010 e por diversos professores, não estabelecendo vínculo necessário para sua avaliação como proposta da nossa pesquisa. Foram sete professores entrevistados, tivemos uma redução de 4 professores.

As escolas disponibilizaram sala reservada e professora substituta para atender as turmas no período em que foram realizadas as entrevistas. Uma professora mesmo em licença maternidade recebeu a pesquisadora em sua própria casa. Apesar de ter sido transferido um professor, gentilmente se disponibilizou a ser entrevistado na escola em que trabalha atualmente.

A aplicação das entrevistas junto ao responsável aconteceu nos dias e horários de consulta agendada no Núcleo de Neurodesenvolvimento da Faculdade de Medicina da UFPel, sendo que duas foram realizadas na própria residência da criança, por não terem comparecido as consultas agendadas, mas se disponibilizaram para receber nos seus lares.

O local de realização das entrevistas, no Núcleo de Neurodesenvolvimento ou na casa da família, foi pensado de tal forma, que não interferisse nas respostas garantindo a liberdade de expressão dos sujeitos.

Das 15 entrevistas programadas, foram realizadas 14, pelo fato de uma entrevistada ser mãe de 2 crianças. Neste grupo, não tivemos nenhuma redução.

Após a coleta de dados foram degravadas as entrevistas, buscando organizar as falas a partir dos objetivos.

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a entrevista, ou seja, os relatos de observação, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. A tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.45)

Posteriormente analisaram-se as entrevistas, sendo que durante o processo selecionou-se o material considerado relevante e mais importante para a análise.

A possibilidade de comparação entre uma entrevista e outra e a análise do material como um todo são propósitos previamente definidos pela metodologia utilizada pela pesquisadora, que através da relação dinâmica com os entrevistados sabe que “o resultado final da pesquisa não será fruto de um trabalho meramente individual, mas uma tarefa coletiva, gestada em muitas microdecisões, que a transformam em uma obra coletiva” (CHIZZOTTI, 2000, p. 84).

### **4.3 Análise dos Dados dos Responsáveis**

Portanto, a partir dos dados colhidos durante a entrevista, iniciou-se a análise cuidadosa e criteriosa, das questões colocadas para se chegar ao âmago de cada questão.

Inicialmente procuramos traçar o perfil dos responsáveis e chegamos aos seguintes resultados.

**Tabela 4: Perfil dos responsáveis das crianças com TC**

Características	Total	Percentual
<b>Gênero</b>		
Feminino	13	92,85%
Masculino	01	7,14%
<b>Idade</b>		
De 22 a 31	03	21,42%
De 32 a 41	07	50,00%
De 42 a 51	04	28,57%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	08	54,14%
Fundamental	01	7,14%
Médio incompleto	01	7,14%
Médio	03	21,42%
Superior incompleto	01	7,14%
<b>Profissão</b>		
Do lar	03	21,42%
Serviços gerais	03	21,42%
Diarista	02	14,28%
Doméstica	01	7,14%
Cabeleireira e manicure	01	7,14%
Comerciarista	01	7,14%
Vendedor	01	7,14%
Técnico de contabilidade	01	7,14%
<b>Renda Familiar</b>		
De 0 a 1 salário mínimo	08	57,14 %
De 1 a 2 salário mínimo	01	7,14%
De 3 a 4 salário mínimo	05	35,71%
<b>Recebimento Benefícios</b>		
Bolsa Família	08	57,14%
LOAS	01	7,14%
Não recebe	05	35,71%

No que se refere ao gênero, há uma predominância de mulheres sendo que 13 eram do sexo feminino (92,85%) e somente 1 do sexo masculino (7,14%).

De acordo com Mioto (2008), a organização dos serviços é colocado por meio de uma perspectiva baseada em papéis típicos da família colocando a mulher como responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos. A execução dessas funções encontra-se relacionado a julgamentos morais, principalmente em relação à figura materna, feminina, como a responsável por esta função do cuidado.

Nas consultas e nas intervenções multidisciplinares, as crianças e adolescentes vem acompanhadas, em sua grande maioria, pelas mães.

Verifica-se que historicamente é papel da mulher, da mãe o cuidado total da família, envolvendo a educação, saúde a administração da casa. Isso pode ser fundamentado pelo pensamento de Chaves (2004), o qual destaca que existia a divisão social do trabalho, homens eram responsáveis pelos alimentos e defesa enquanto as mulheres eram responsabilizadas pelo cuidado à família.

Mudanças ocorridas na sociedade, tais como necessidade da inserção da mão de obra feminina, levaram a modificações na família. Embora as mulheres tenham assumido posições no mercado de trabalho e economicamente tenham uma participação financeira importante na família, sendo, muitas vezes responsáveis, pela sobrevivência do grupo familiar ela acumulou funções, continuou a manter o papel de responsável pela educação e pela manutenção da saúde, ou seja, protetora dos seus membros.

Em relação à idade dos responsáveis, 4 (28,57%) eram nascidos entre 1960 a 1969, 7 (50%) eram nascidos entre 1970 a 1979 e 3 (21,42%) entre 1980 e 1989 Esses dados indicam que há uma predominância dos responsáveis entre 32 a 41 anos de idade.

Em relação à escolaridade verificou-se que 8 (57,14%), possuíam o Ensino Fundamental incompleto, 1 (7,14%) o Fundamental, 1 (7,14%) o Médio incompleto, 3 (21,42% ) com Médio e 1 (7,14%) o Superior incompleto.

Como resultado da baixa escolarização encontra-se a dificuldade de acesso a trabalhos ou empregos com uma melhor remuneração que, via de regra, podem facilitar uma melhor inserção na sociedade de consumo.

Se considerarmos o conteúdo atual do mundo do trabalho, que requer crescentemente, um trabalhador mais preparado e qualificado. A remuneração média cresce à medida que cresce a escolaridade

De acordo com os dados do Ministério do Trabalho e Emprego, segundo o grau de instrução, os dados assinalam uma heterogeneidade de comportamento, com variações no nível de emprego que oscilam de -2,61% para os Analfabetos e elevação de 11,76% para o Ensino Médio Completo. Esses resultados indicam um aumento vertiginoso dos assalariados com Ensino Médio Completo, cuja participação passou de 40,05% em 2009, para 41,85% em 2010, enquanto que os Analfabetos reduziram sua participação de 0,55% em 2009, para 0,50% em 2010. Com relação ao nível de instrução Superior Completo, nota-se que este obteve a segunda maior taxa de crescimento 7,99% (BRASIL, 2011).

As dificuldades para inserção no mercado de trabalho, para quem tem pouca ou nenhuma escolaridade, são crescentes. As exigências de maior escolaridade vêm aumentando ano a ano, como mostra o perfil educacional dos admitidos no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho e Emprego em 2010.

Em relação à profissão verificou-se maior incidência, do lar (03) 21,42% e de serviços gerais (03) 21,42%, diarista (02) 14,28% e as demais profissões, como diarista, cabelereira e manicure, doméstica, comerciaria, vendedor, técnico de contabilidade e controle de qualidade.

Segundo Busso (2001), uma primeira esfera de preocupação para interferir na reprodução das desigualdades e desvantagens sociais é no mercado de trabalho, já que a inserção nas relações de trabalho é a principal fonte de sustento e sobrevivência de pessoas e lugares.

Constata-se que tais profissões recebem baixos salários, o que reforça que os responsáveis não possuem condições para ofertar serviços, ou opções de tratamento aos seus filhos com transtorno de conduta, sem os ofertados pela rede pública.

Quanto à ocupação atual repetiram-se os dados colhidos na questão sobre a profissão com exceção de um entrevistado ter se referido como desempregado. Pelas respostas colhidas verifica-se que o grupo não diferencia profissão de ocupação atual.

Quanto a escolaridade das pessoas que vivem na casa, verificou-se que 6 possuíam o Ensino Médio com 42,85%, 4 com Fundamental incompleto com 28,57%; 3 com Fundamental 21,42% e 1 cursando Ensino Superior com 7,14%.

Em comparação com a escolaridade do grupo dos responsáveis, verifica-se que houve um aumento da escolaridade da família, devido ao acesso a maior escolaridade dos filhos mais velhos, o que foi colocado com orgulho “por enquanto Ensino Médio”.

Em relação à renda família verificou-se que 8 recebiam de 0 a 1 salário mínimo com 57,14%, 5 a renda era de 3 a 4 salários mínimo com 35,71% e 1 recebia 2 salários com 7,14%. Diante do quadro, a proteção social constitui-se, então, em medidas que atendam aos indivíduos diante.

Considerando a gravidade do quadro social é necessário articular mecanismos voltados para os segmentos mais empobrecidos, com medidas emergenciais de transferência de renda, articulados a ampliação da capacidade de atendimento das políticas sociais básicas, especialmente educação, saúde, assistência social e previdência social (COSTA, 2006, p. 69).

O recebimento de até um salário mínimo, permite apontar que tais famílias são consideradas pobres ou muito pobres, o que é comprovado pelo acesso ao Bolsa Família - Programa destinado a famílias que se encontram em situação de extrema pobreza, onde o Estado se responsabiliza em repassar um auxílio financeiro, em forma de transferência. Diante da fragilidade da família devido aos mínimos sociais, onde não recebem ou recebem muito pouco, as políticas sociais, são ainda insuficientes para resolução desta condição. Em face desta situação, a proteção social, torna-se necessária em tais famílias.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, a assistência social é caracterizada como direito do cidadão e dever do Estado enquanto proteção social, compreendida como alcance de mínimos de sobrevivência e inclusão, como meios para garantir a satisfação das necessidades básicas, ou seja, os mínimos sociais indispensáveis para uma vida digna.

Quanto ao recebimento de benefícios constatou-se que oito famílias recebiam bolsa família com 57,14%, e um recebia LOAS com 7,14% e cinco (35,71%) famílias não recebiam nenhum benefício.

De acordo com Marco Aurélio (2006), Bolsa família é um programa de transferência direta de renda, com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O Programa que tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome. Sposati (2010) coloca que o PBF é de fato um programa de proteção social direcionado à criança e ao adolescente.

Para Weissheimer (2006), Bolsa Família teria se transformado no mais amplo e bem direcionado programa de transferência de renda do mundo, estaria reduzindo o clientelismo, aliviando a carência das famílias, contribuindo para a redução da pobreza e das próprias desigualdades de renda nacionais.

Para garantia dos direitos sociais da população e efetivo exercício da cidadania, faz-se necessário primeiramente políticas focais, como os programas de transferência de renda, onde possibilite tirarmos da miséria milhares de brasileiros.

Sendo que LOAS como popularmente é chamado, garantido a pessoas com deficiência ou idosos que tenham uma renda familiar per capita de ¼ do salário mínimo. É um Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na política de assistência social.

Na entrevista, uma questão sobre, se a criança já tinha participado de algum tratamento anterior para melhorar o rendimento escolar ou relacionamento familiar, das quinze crianças, onze, já tinham participado anteriormente, ou seja, 73,33% e somente quatro crianças, 26,66% não tinham participado.

Para conhecermos a percepção dos Responsáveis sobre a intervenção do PAM, analisamos as respostas, usamos as próprias palavras dos entrevistados, para manter o sigilo, usaremos números para identificação e a letra R para localizar como responsável. Colocaremos as falas para entendimento das questões sugeridas.

Em uma questão da entrevista constata-se que a maioria das crianças já haviam recebido tratamento anterior ao PAM, sete delas no CASE, os demais na saúde mental, no CAPS, no NACA e com pediatras. Nota-se nos depoimentos, de algumas Responsáveis, a não compreensão da importância aos tratamentos recebidos anteriormente ou por outros fatores não identificados.

Em relação a tratamentos realizados destacam-se os depoimentos de alguns Responsáveis, relatados a seguir:

[...]a família não concordou e parou (R 6).

[...] ele foi uma vez encaminhado para o CAPS, mas não deu certo... foi encaminhado pelo conselho tutelar (R 8).

[...] eu havia procurado, no pediatra uma ajuda porque ele tinha dificuldade... não deu grande atenção, deixou assim, não cuidou mais, e ele teve uma serie de dificuldades,

para falar, para caminhar, teve dificuldade para se relacionar, para gravar, para aprender em geral (R 9).

[...] elas estavam no NACA... mas achei que não estava tendo bom resultado e resolvi tirar (R 10).

Alguns entrevistados expressaram em seu depoimento, insatisfação e descrença quanto ao tratamento, levando a sua desistência. Os conteúdos destes discursos nos remetem a Bleger (1993), o qual ressalta que o processo de comunicação permite reconhecer a importância que têm o ser humano sobre o outro e como os estímulos mais importantes e significativos que compõem a conduta não provêm do meio físico, mas de seres humanos e de suas condutas.

Nesta ótica, o ser humano se forma e se desenvolve num determinado contexto e só pode ser compreendido como parte dele, tanto que as narrativas trazem contextos complexos e plenos de conteúdos humanos. Como exemplo transcrevemos as falas.

Sobre a percepção dos responsáveis sobre o comportamento da criança após a intervenção do PAM em relação à escola tivemos os seguintes depoimentos:

[...] ele melhorou, mas sem exagerar... melhorou nas notas, tem amigos em aula, mas quando tratam ele bem, tudo bem, senão ele bate...no colégio eles não tem me chamado. Ele não gosta de todas professoras e da direção, gosta do projeto (R.1).

[...] ele conseguiu passar para 2ª série, a escola chamava muito. Depois do PAM, ele gosta de fazer leitura, conta e forma texto... ele gosta de ir para escola, não gosta de faltar, os colegas agora gostam dele, brincam com ele. Quando ele chega, já quer fazer os temas. A escola não chama mais (R 2).

[...] melhorou, mas tem que melhorar mais... antes a escola chamava quase todos os dias...tomando a medicação, ele fica tranquilo. Ele é bem interessado... Após o tratamento passou para 3ª série, antes era repetente, desenvolveu leitura...mas o professor ainda se queixa dele (R 3).

[...] ela brigava com os colegas... reclamações dos professores que ela não sentava em aula... ela não respondia para os professores, mas com os colegas mudou completamente, nunca tinha acontecido dela se destacar antes, o interesse dela mudou, antes não queria ir para aula, diziam que ela era gorda, chamavam de quatro olhos por usar óculos, riam , ela dizia que

ninguém gostava dela.... nesse sentido bah ela mudou muito, me arrependo de não ter vindo antes. Agora ela se sente bem....Agora faz amizades...(R4).

[...] ele melhorou muito na escola e com os colegas... com o medicamento melhorou bastante, consegue se concentrar, antes não conseguia aprender, guardar as coisas... as notas estão muito boas, a professora tem a paciência de colocar ele separado, ela convence ele a fazer as atividades (R 5).

[...] as professoras sempre gostam dela, ela tem dificuldades, mas ela faz as tarefas, a escola não me chama. Ela tem amigos... passou em todas matérias (R 6).

[...] ela não melhora com o tratamento, ela incomoda o tempo todo, não concentra, fica quieta, fica longe, a professora disse fica totalmente desligada, , amigos nem sei se tem, briga com os colegas... tem dificuldade de aprender.. (Filha)...ele está bem na escola, depois do projeto daqui ele está melhor, na escola quase não tem amigos, pois são adultos. Eu estou preocupada que saia do projeto( filho)(R 7 de 2 crianças no PAM).

[...] ele melhorou 100%, do que era antes, antes ele não lia nada , agora lê, vivia brigando na escola... ele tem amigos na escola... se dá bem com os professores (R 8).

[...] como ele diz: “a ritalina mudou minha vida” antes não conseguia se relacionar, se concentrar, era agitado, nervoso, hoje é mais confiante de si para fazer as coisas. Com os professores ele é ótimo, com os colegas... A escola só chama em relação de dificuldades com a matéria... não de comportamento. (R 9).

[...] em relação aos professores, segundo eles ela teve uma melhora de 70%, a rebeldia falta de interesse, os professores perguntaram que milagre eu estava fazendo e eu disse: não sou eu, é medicamentos, ajuda psicológica que tem daqui. Tem tido uma melhora significativa acho que ela vai fechar o ano com 100% de aproveitamento. Em relação aos colegas continua o mesmo, ela tem um grupo e é só com aquele grupo que ela se envolve, não se abre para novas amizades...ela era completamente isolada , de tudo e todos (R 10).

[...] ele modificou para melhor, só de vez em quando dá uma recaída, mas ficou bem melhor, ele era uma criança difícil de lidar. Agora eu tenho mais confiança em deixá-lo (R 11).

[...] no colégio anda bem, só me chamaram uma vez, este ano, se queixaram que ele atirou umas bolinhas de papel, que chamaram ele cara de cachorro, só por isso me chamaram, as notas dele melhoraram (R 12).

[...] depois que ele começou a fazer o tratamento não veio mais reclamações da escola, acredito que o relacionamento com os professores e colegas melhorou 80%... com os colegas parece que se dá normal, brinca, até agora não teve reclamações (R 13).

[...] no início do tratamento ele teve uma melhora, mas agora teve uma piora... na escola eles tem me chamado... ele respeita o professor os recados são mais pela agitação, com os colegas está tudo bem... minha filha às vezes se esquecia de dar o medicamento para ele, agora ele está sob os cuidados do meu pai (R 14).

De acordo com Eddy (2009), a criança ou adolescentes com transtorno de conduta apresentam comportamentos antissociais, em que são violados os direitos individuais dos outros ou regras sociais importantes. O mesmo autor chama a atenção que:

A maioria das crianças exibe algum comportamento antissocial durante o seu desenvolvimento. A desobediência e a birra, por exemplo, são normais em alguns estágios. Para garantir o diagnóstico do TC, um jovem deve apresentar vários comportamentos antissociais em grau clinicamente significativo (EDDY, 2009, p. 12).

As crianças com TC, devido ao seu comportamento e conduta, geram dificuldade nas suas relações na escola, com seus colegas e professores. As respostas revelam uma melhoria, após a intervenção do PAM tanto nas relações sociais, como no aprendizado.

Eddy (2009) chama a atenção que, apesar da eficácia de curto prazo dos medicamentos para tratar determinados sintomas do TC, auxiliando sim, a manejar os sintomas, mas eles são considerados, apenas componentes terapêuticos coadjuvantes, evidenciando a importância das demais intervenções.

Encontramos nos depoimentos do Responsável 3; 5; 9 e 10 a valorização do medicamento para mudança no comportamento, mas chamamos a atenção que ele é um dos componentes necessários no processo. As demais como a psicossocial, a fonoaudióloga, os grupos terapêuticos, tem a sua importância assegurada. O resultado é um somatório de intervenções.

No depoimento do Responsável 14, no início do tratamento ele teve uma melhora, mas agora teve uma piora. Encontra-se também que a irmã se esquecia de dar o medicamento. Além disso, a criança tem faltado às intervenções, pelo fato do Responsável estar trabalhando. Fatos que tem levado a oscilações no resultado esperado.

O Responsável 7 refere a não melhora com a intervenção, mas também expressa a preocupação do término do Programa. Em consulta ao prontuário das crianças da Mãe 7, encontramos o registro, de administração irregular do medicamento, pelo esquecimento do responsável em administrá-los.

Outro aspecto importante presente no cotidiano de crianças com TC é serem vítimas de bullying. De acordo com Moura (2011) um aluno é considerado vítima de bullying quando é repetidamente exposto a ações negativas na forma de contato físico, abuso verbal, ou com expressões ou gestos rudes de parte de um ou mais estudantes. Em um estudo transversal encontrou a prevalência de 17,6%. Identificou que os principais alvos de bullying foram os meninos, os hiperativos e os com problema de relacionamento com colegas. Sendo possível sugerir que não há uma separação absoluta entre provocadores e vítimas.

Encontramos que diante das provocações, segundo os responsáveis, as crianças reagem com comportamentos agressivos, presente nas falas dos responsáveis 4 e 12.

Vale ressaltar o documento elaborado pela Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI de 1999 e organizado por Delors (1999), refere que a educação deve organizar-se em torno de quadro aprendizagens fundamentais que devem ser a base do conhecimento. Sendo: que “aprender a conhecer”, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão, como “aprender a fazer”, para agir no ambiente, e “aprender a viver juntos”, para participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas, e mais “aprender a ser”, o que levará a integração de todos anteriores.

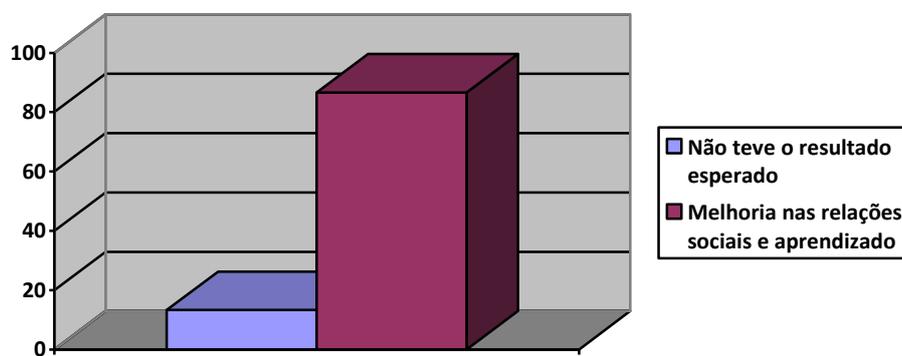
Diante desse documento, nos referenciamos principalmente na aprendizagem do “aprender a viver juntos”, onde ocorra o processo da aprendizagem, fazendo-se necessário a participação e a cooperação com o outro em todas as atividades, ou seja, a necessidade da integração, da aceitação, da inclusão.

Mas uma escola inclusiva vai além disso . Ela é o lugar do qual todos fazem parte, em que todos são aceitos, onde todos ajudam e são ajudados por seus colegas e por seus membros da comunidade escolar, para que suas

necessidades educacionais sejam satisfeitas (STAINBACK & STAINBACK, 1999, p. 11).

A criança com TC precisa ter participação em sala de aula, interação com todos, colegas, professores. Verificam-se nas falas que os alunos, mudaram seu comportamento, suas relações se fortaleceram. O Responsável 2 expressa “os colegas agora gostam dela”

**Gráfico 1: Relacionamento das crianças com TC no seu núcleo familiar após o PAM.**



Um dos nossos objetivos era investigar o relacionamento das crianças com transtorno de conduta no seu núcleo escolar após a participação no PAM, encontrou-se nos depoimentos relatos de melhoria no aprendizado e no comportamento treze crianças (86,66%) e relatos de conduta ainda a melhorar de duas crianças (13,33%). Sendo que essas duas crianças, tiveram problemas de adesão à intervenção, como administração de medicamentos irregular e ausência as consultas agendadas.

Acerca da percepção dos Responsáveis sobre o comportamento da criança em relação à família encontramos os seguintes depoimentos:

[...] agora ele está normal, está ótimo, se não implicar com ele, aí deu, não respeita ninguém, nem o pai, só a Vó, xinga todo mundo, até bate. Eu não xingo mais ele, porque ele reage. As pessoas da família relevam as atitudes dele. Eu digo que vou deixar ele fazer o que ele quiser, depois ele vai se ver com o conselho, com a polícia. Com a medicação melhorou (R 1).

Segundo Ballone (2008), uma vez que os Transtornos de Conduta se apresentam, há uma forte tendência do entorno sócio familiar em reagir, e essa resposta da família, da escola, dos pares, do sistema policial e da justiça criminal podem acompanhar a

pessoa a vida toda, empurrando-o definitivamente para a marginalidade. Evidencia-se nesta fala o papel do tratamento e das intervenções para mudar o rumo do TC e possibilitar ao jovem a integração na sociedade.

[...] ele melhorou bastante depois do tratamento, agora melhorou em relação com a irmã, está mais calmo e comigo. Com o Pai não, o pai é muito agressivo com ele. Agora se dá bem com os vizinhos agora ele não briga mais, colabora, ajuda em casa, antes não. A família ficou mais tranquila (R 2).

[...] melhorou 100%, após o PAM, tem responsabilidade com os cadernos, se arruma, ele leva e trás a irmã, antes não. Está tranquilo, ajuda nas tarefas. Não tenho mais queixas... com os vizinhos que brinca é tranquilo (R 3).

[...] totalmente diferente. Batia de frente com o pai, agora melhorou, está bem tranquila. Ela era uma criança que não tinha dia que não precisava bater, ela aprontava, incomodava tanto que tinha que dar uma palmada, não tinha quem não enlouquecesse, eu não sabia como lidar. Está tudo mais calmo, ela aprendeu eu aprendi, toda a família aprendeu, o relacionamento melhorou, ela me conta as coisas, é minha amiga, antes brigávamos mais, eu me irritava com as coisas que ela fazia, quando ela queria falar eu não sabia escutar (R 4).

[...] é mais tranquilo, antes não conseguia ficar calmo, agora ele consegue. Com a irmã mais velha, humilha ela na rua, na porta do colégio, mas em casa é amigo. com a medicação melhorou, mas eu acho que é dele, em casa ele quebra, comprei um guarda roupa novo de 5 portas, ele tirou 4, comprei outro, sei que vai tirar de novo, no ano passado nós compramos uma casa nova, lê botou fogo na área, ainda bem que o disjuntor caiu. Em casa não tem nada de griteiro de briga, tudo tranquilo (R 5).

[...] é normal, se preocupa com os irmãos, nós duas somos mais atribuladas, ela é mais do pai (R 6).

[...] muito ciumento, ficam se xingando um ao outro o tempo todo, se revolta...eu não sei o que eu faço...quer a atenção só para ele. Ele esta melhorando começou ler bem, porque começou a estudar (R 8).

[...] ele se acha mais confiante em falar, conversar, antes ele não conseguia, a casa não vou dizer que está 100%, porque tem que ficar de olho, ele é bem agitado, travesso, mas esta

mais consciente do que faz errado, antes ele não tinha esta consciência, se faz uma coisa errado, sabe que vai ser punido (R 9).

[...] ela era muito agressiva, de tanto agredir a gente perdia a paciência, e também agredi. Em casa comigo, a irmã, com o pai, ela melhorou, mas com o meu primeiro filho que eu tinha dado para adoção e que agora apareceu, está difícil... com a casa em geral melhorou bastante, mas claro, acho que pode melhorar, é que eu sou muito exigente (R 10).

[...] em casa melhorou bem mais que na rua, na rua as pessoas falam e ele saia falando. Antes ele gostava de ficar isolado, quieto no canto dele, subia em cima da cama e ali ficava, agora não, ele se enturma, gosta de brincar, se estamos tomando mate na rua, ele fica na volta, se a irmã convida para brincar ele brinca, antes ficava isolado. Brinca com vizinhos, antes não podia deixar ele brincar com ninguém, já vinha uma mãe dizendo, tenho filho quebrou o brinquedo, agrediu, antes eu queria fazer alguma coisa, as pessoas diziam teu filho vai crescer e vai mudar, mas eu vi que não. Até na creche, ele já era agressivo. Com o pai não se dá muito bem, nem respeita (R 11).

[...] ele melhorou 99%... com o irmão e com a madrasta, se dá bem, comigo também, com a mãe eu só levo se eles pedirem... sobra pouco tempo (R 12).

[...] em casa ele não aceita que reclame e chame a atenção dele... Com o irmão é amigo, às vezes brigam, mas isto é normal... com a família ele é amigo. Ele sempre foi assim desde pequenininho, tem o mesmo gênio do pai dele, igualzinho (R 13).

[...] em casa ele melhorou bastante, teve uma época que ele era agressivo, agora não está mais (R 14).

Para Miotto, o ambiente familiar é um espaço constituído de pessoas que se empenham uma com as outras, de modo contínuo, estável e não casual (MIOTTO, 2004 p. 14-15). Este espaço pode ser tanto um espaço de felicidade como um espaço de infelicidade, tanto um espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como um espaço de limitações e sofrimentos (MIOTTO, 1997). “É construído a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo”. (MIOTTO, 1997, p. 117).

E é neste ambiente familiar em que se situa nossa questão e área de interesse, trazendo análise de recursos e adversidades desse ambiente como os padrões de

interação entre pais e filhos, porque é a família o primeiro espaço onde as relações se estabelecem, onde os conflitos são trabalhados, os afetos e desafetos são trocados.

Um estudo de Gomide (2003) mostra que estilos parentais que envolvem um conjunto de práticas tais como a monitoria positiva e o incentivo da empatia parecem ter relação com baixos índices de manifestações agressivas e antissociais. Entende-se por monitoria positiva, aqueles que proporcionam às crianças um conjunto de regras sobre onde devem ir com quem podem associar-se e quando devem voltar para casa. Deve incluir a vigilância sobre o cumprimento dos limites, bem como uma ação disciplinar efetiva quando eles forem violados.

Nas intervenções é abordada com os pais a importância de regras, limites e rotinas, para crianças e adolescentes o conhecimento e o estabelecimento dessas regras deixa mais claro o comportamento esperado, gerando condutas mais aceitas socialmente. Como a seguir colocado:

“esta mais consciente do que faz errado, antes ele não tinha esta consciência, se faz uma coisa errado, sabe que vai ser punido” (R 9).

Segundo Bee (2003), grande parte dos pais usa a punição para controlar as ações de seus filhos. Na verdade, os pais a utilizam, porque inicialmente a criança interrompe o comportamento de forma imediata. Entretanto, em longo prazo, a mudança não é mantida e os efeitos emocionais e comportamentais mostram-se bastante extensos.

Já no depoimento do Responsável 7 refere: “...eu digo, se começar assim eu vou no Conselho, quer sair com gurias maiores, já querendo ficar com os guris, ela não gosta de nada, muito respondona...já com ele é tranquilo. Entre eles, brigam, Com o Pai ela obedece, porque ela tem medo dele, se ele pega, bate

Segundo APA (2003), jovens do sexo feminino com diagnóstico de TC tendem a mentir, faltar à escola, tentar fugas, permanecer fora de casa até altas horas da noite, mesmo com as restrições dos pais, e, muitas vezes tem atitudes sedutoras e promiscuidade.

Um dos depoimentos (Responsável 7), reforça os sintomas do TC no sexo feminino, destacando a atitude da família em colocar normas e regras educativas, mas também apresentando seus limites em caso do resultado não esperado, assim recorrendo ao apoio institucional, sendo o Conselho Tutelar, neste momento, uma ferramenta de apoio e à família na crise familiar, embora o mesmo não seja direcionado a uma forma punitiva.

Outro aspecto trabalhado, nas intervenções, orientando uma educação com normas e limites claros, mas sem punição, não usar o “bater”, como se verificou nas falas que era usado como forma de corrigir antes do PAM.

[...] não tinha dia que não precisava bater (R 4).

[...]se ele pega, bate (R 7).

[...]a gente perdia a paciência, e também agredia (R 10).

Os Conselhos Tutelares foram criados através de Lei Federal (8069/1990). São órgãos estruturados nos Municípios para zelar pelos direitos das crianças e adolescente. O trabalho dos Conselhos Tutelares torna a intervenção mais imediata, com a aplicação de medidas de proteção e providências administrativas, que permitem o ressarcimento de seus direitos sempre que esses são violados.

O Conselho Tutelar caracteriza-se como um órgão da rede de apoio institucional às crianças e famílias em risco psicossocial. Considera-se que as decisões tomadas, as interações estabelecidas e as expectativas geradas pelo Conselho Tutelar podem influenciar a resposta à situação de risco psicossocial e o desenvolvimento infantil.

[...] eu digo que vou deixar ele fazer o que ele quiser, depois ele vai se ver com o conselho, com a polícia.( R 1).

Encontra-se nas falas o privado das famílias, a dificuldade de como lidar frente à ameaça, recorrendo ao conselho tutelar e polícia como último recurso, não sendo resguardada sua privacidade, no momento que expõe sua problemática, o privado da família, e deixa público na medida em que deixa transparecer seus conflitos (R1).

O limite da privacidade é diretamente proporcional à vulnerabilidade social. As famílias pobres, “desestruturadas”, são mais facilmente visitadas por uma assistente social, para verificar suspeitas de violência, educação inadequada. As famílias consideradas “normais” conseguem defender com mais facilidade a sua privacidade, esconder com mais sucesso as suas violências e buscar alternativas de soluções sem publicização (Mioto, 2009, p. 50).

O depoimento de história de vida, como do Responsável 10, que seu primeiro filho foi dado para adoção e que agora retornou para sua mãe, gerando conflito na

família, sua irmã não o aceitando. A exposição ao fato da renúncia ao filho, outro depoimento que a família expõe sua privacidade.

De acordo com Bordin (2000) muitas vezes, o foco do problema está no conflito entre pais e filhos. Outras vezes, os pais estão demasiadamente envolvidos com problemas pessoais e necessitam de apoio. Alguns pais precisam de ajuda para estabelecer limites e escolher métodos mais apropriados para educar os filhos.

A fala do responsável 2, expõe, o que a maioria nos colocou nas entrevistas:

[...] a família está mais tranquila.

Um dos nossos objetivos era investigar o relacionamento das crianças com transtorno de conduta no seu núcleo familiar e escolar após a participação no PAM e nas entrevistas realizadas, os depoimentos expressaram mudanças de comportamento levando a uma maior harmonia nas relações familiares.

**Tabela 5: Melhorias percebidas pelos Responsáveis aos resultados a intervenção do PAM em relação as crianças e adolescentes com TC.**

<i>Criança</i>	<i>Nota antes do PAM</i>	<i>Nota após o PAM</i>	<i>Comentário</i>
Criança 1	zero	5	Melhorou, mas como eu digo se tirar ele do sério, ele reage. Quero ver se até o fim do ano para dar dez.
Criança 2	zero	Dez	Antes não tinha nota... tudo que falava, atirava tudo que tinha na frente, agora não. Está bem com os bichos
Criança 3	Zero	7	Ainda temos caminhos a percorrer, se der 10, acaba o tratamento.
Criança 4	1	Dez	Antes ninguém gostava de ficar perto dela, porque ela tumultuava e deixava todo mundo louco, depois do tratamento ela me ajuda....Ela melhorou bastante e não é só eu que noto, todas pessoas notam que ela melhorou, a minha irmã que antes não convidava para ela

			<p>ir tinha que estar de férias não estar trabalhando, tinha que estar vigiando 24 h, agora ela leva para casa dela mesmo não estando em casa , mesmo que esteja trabalhando</p>
Criança 5	3	8 ou 9	<p>Antes, não conseguia ficar sentado, dormia mal, agitado, mais agressivo com colegas, xingava as pessoas, agora consegue se sentar para ouvir, olhar TV, ele aprende mais, passa nas provas, ficou menos agressivo, claro ele ainda é um pouco, antes dava até nas meninas, agora o que falta é chegar em aula e copiar tudo, não quebrar as coisas que a gente compra e não humilhar a irmã.</p>
Criança 6	6	8 ou 9	<p>Ela melhorou bastante, principalmente pela a dependência que tinha comigo, os trabalhos da escola não fazia sozinha, eu precisava pressionar, tinha que ajudar, está mais independente.</p>
Criança 7	7,5	9	<p>Ele melhorou.</p>
Criança 8	5	7	<p>Ela se agita bem mais, ela se ira, se enraiva com ela mesma, se tiver que cortar, não importa o mal que está causando para ela mesma...</p>
Criança 9	4	dez	<p>Ele está muito melhor, me ouve mais, me escuta mais. Aprendeu a ler. Ele ficou 3 anos na terceira série, não conseguia ler, de jeito nenhum. Antes também pegava as coisas, ele parou, nunca mais. Melhorou muito.</p>
Criança 10	3	8	<p>Antes ele era uma criança sem noção de nada, desatenta, causava muitas coisas, situações e não admitia , hoje já evita e se causa alguma coisa, já admite que fez errado, antes não.</p>

Criança 11	4	7	Eu não estava conseguindo mais, estava a ponto de desistir, mas eu disse, não, mas eu não posso deixar uma criança de 8 ou 9 anos achar que pode mandar na casa, nos pais, aí graças a Deus veio este PAM para ajudar mesmo. Agora está bem melhor.
Criança 12	Zero	5 ou 6	Antes ele era muito difícil, muito agressivo, me magoava Na escola só queixa, que rasgava caderno dos colegas, eu antes de me separar, mas depois de tomar o medicamento, conversando, comecei a proibir,... foi uma baita diferença...agora mudou bastante, teve muita melhora. O rendimento escolar mudou também, só as vezes a escola chama.
Criança 13	4	9	Ele comigo não discute, se está bom, se não gostou, ele não retruca, ele não tranca o peito comigo, antes com a mãe era muito diferente, ela até não queria deixar eu ver os guris, falava: só passando em cima do meu cadáver. Antes o problema era muito grande quando estava com ela, não ia para o colégio, se atacava, dava até em mim, a coisa era feia, foi encaminhado para o conselho tutelar e tal
Criança 14	7	9	Não está 100%, melhorou bastante, mas tem muita coisa para mudar.
Criança 15	5	9	Antes estava dando bastante problema, depois acho que melhorou bastante, falta pouca coisa para acertar mesmo.

Para analisarmos a percepção dos responsáveis ao resultado à intervenção do PAM em relação as crianças e adolescentes usou-se como parâmetro, notas por entender que facilitaria a expressão, também optou-se em manter no mesmo quadro o comentário efetuado relativo a nota, por entender que facilitaria a compreensão do leitor. Assim verificou-se que pela avaliação dos responsáveis, todas as crianças

receberam uma nota acima do que aquela recebida antes da intervenção do PAM, algumas com diferenças significativas e outras poucas alterações, o que permite afirmar que houve impactos positivos no trabalho realizado.

Nos comentários relativos à avaliação, a maioria dos entrevistados relatou inúmeras dificuldades no convívio com as crianças e adolescentes com TC anterior ao PAM e com uma melhora após a intervenção, contrário a isso, ouvimos o relato relativo a uma criança:

[...] ela se agita bem mais, ela se ira, se enraiva com ela mesma, se tiver que cortar, não importa o mal que está causando para ela mesma (Criança 8).

Dessa forma, os comentários sobre a criança e adolescentes participantes da intervenção do PAM, nos trazem a idéia de satisfação sobre o resultado até então obtidos.

Na entrevista a última questão envolvia sugestões para equipe que atua no PAM, em que vai ser apresentado em tabela abaixo.

**Tabela 6: Sugestões pela manutenção do serviço.**

<i>Responsável</i>	<i>Sugestões pela manutenção do serviço</i>
R 1	Não tenho queixa de ninguém, dou nota dez para qualquer um, todo mundo trata bem a mim e o (criança). Não tem palavras, estão para ajudar, o carinho e a atenção, só Deus sabe. Não tenho sugestões
R 2	Não tenho nenhuma idéia.
R. 4	Acho que está muito bom.
R 5	Ta bom, melhor não sei, sou super bem atendida, é rápido, ganho os medicamentos, que saem muito caro, ganho os vales transporte, outro dia não pude vir, me remarcaram numa boa para hoje, é rápido o atendimento, não precisa esperar por meses. Acho que está bom.
R. 6	Acho que está bom.
R. 7	Eu acho muito bom.
R. 9	Como diz o ditado: se melhorar estraga, mas acho que mais o que se faz aqui, é impossível, sem esta ajuda, sem esse apoio, não sei o que seria da minha vida e da minha família hoje, porque é uma coisa muito

	importante para o (criança) e para mim, porque a gente, mãe que convive com o filho vê as dificuldades e sofre por isto, mas aquela atenção e carinho que ele tem aqui, eu não consegui em outro lugar. Não tenho o que me queixar, está ótimo.
R. 11	Eu acho tudo ótimo, até eu mesmo vocês me escutam, falando. Não tenho sugestões.
R. 12	Para o PAM, a nota seria dez, porque todas vezes que eu vim aqui sempre sou bem atendida.
R. 13	Deve continuar como está, está funcionando bem.

Nas entrevistas, dez responsáveis, não apresentaram sugestões, colocando “acho que está bom”; “deve continuar como está”. Colocaram nas falas, estarem satisfeitas e não apresentaram alterações para mudanças no atendimento.

O PAM é um programa com o patrocínio da UNESCO, em que seus usuários são agendados e em caso de perda do agendamento por alguma dificuldade ou evento, são reagendados por telefone. Também recebem toda medicação prescrita, no próprio local, além dos vales transportes para criança e acompanhante. Todas essas medidas foram coordenadas/planejadas para facilitar a adesão ao tratamento e diminuir dificuldades econômicas que a família pudesse apresentar, na aquisição dos medicamentos e transporte.

Conforme BRASIL (2005), o acolhimento é um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos. Esse processo fundamental para a constituição de vínculos e compromissos favorece o encaminhamento adequado do cliente. Todos os funcionários da unidade devem se envolver nesse processo. Isso implica a humanização das relações entre equipes de saúde e usuários, de forma que todos os adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informação, atendimento e encaminhamento adequados.

Encontra-se nas falas:

“Não tenho queixa de ninguém, dou nota dez para qualquer um, todo mundo trata bem a mim e o (criança). Não tem palavras, estão para ajudar, o carinho e a atenção, só Deus sabe” R1

[...] sou super bem atendida (R5).

[...]até eu mesmo vocês me escutam, falando (R.11).

[...] porque todas vez que eu vim aqui sempre sou bem atendido (R 12).

Segundo o Portal da Saúde a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” segue os seguintes princípios, onde todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema, tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos, sendo que também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O PAM procurou atender todos os direitos e necessidades percebidas e como resultado, teve sua aprovação pelos seus usuários. Mas ficam algumas questões para reflexão: Os usuários do sistema público de saúde conhecem os direitos e princípios que norteiam o SUS? Conhecem a intersetorialidade que deveria ser efetivada nas ações? Os entrevistados se sentem confortáveis e capacitados para emitir sua opinião sobre o Programa e os profissionais de saúde?

A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos.

Na tabela a seguir apresentaremos as sugestões ao PAM.

**Tabela 7: Sugestões dos Responsáveis ao PAM**

<i>Responsável</i>	<i>Sugestões apresentadas</i>
R. 3	Atividades extras para eles, um grupo para exporem, para cair a ficha, onde tem que melhorar. Às vezes vem com pai e mãe e ficam retraídos.
R 8	Eu queria que tivesse conversa com a psicóloga sozinho, só ele e ela, para ver se abre mais.
R 10	Acho tudo tão bom, sugerir horário agendado para cada atendimento,

R 14	<p>para cada criança em horários certos, talvez seria só isto.</p> <p>Eu acho assim, quando passa pela psicóloga, as vezes demora quase 1 hora para passar para o Dr. Danilo, sei que ele tem que passar os estudantes um de cada vez, ele demora bastante, teve um dia que cheguei as 8 h e saí depois das 11 h, é muito tempo.</p>
------	--

As intervenções realizadas no PAM são agendadas em dias pré-determinados, mas com horário único, ou seja, 8 h ou 13h30min, sendo que é por ordem de chegada o atendimento, sendo um serviço de uma universidade, uma instituição de ensino, todos atendimentos passam por supervisão posterior, levando um tempo maior durante o atendimento. Nos atendimentos com os profissionais, médico, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e enfermeiro, a criança ou adolescente se encontra acompanhado pelos pais.

Das quatro sugestões apresentadas, duas foram para atendimento exclusivo para criança, sem a presença dos pais e duas para agendamento com horário marcado.

O ECA, em seu Art. 12 estabelece que os estabelecimentos de atendimento à saúde devam proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Embora no ECA, somente seja estabelecido a permanência dos pais ou responsável nos casos de internação, o PAM entende que sua presença no atendimento é uma forma de proteção e necessidade em caso de orientação aos pais, sejam sobre medicação, rotinas ou condutas adequadas.

Encontra-se nas sugestões fatores que poderiam dar mais liberdade a expressão da criança por atendimentos privativos. O agendamento com horários diferenciados realmente traria mais conforto ao usuário, mas não é adotado por dificuldade para sua operacionalização.

Verifica-se nas sugestões que o nível de satisfação dos usuários do PAM é satisfatório, dez se expressaram pela sua aprovação sem adição de sugestões, mesmo os quatro que contribuíram com sugestões, não referiram sua insatisfação com o Programa.

#### 4.4 Análise dos Dados dos Professores

Para verificar o perfil do professor, procedeu-se a análise das entrevistas, sendo que foram sete professores entrevistados, para manter o sigilo usaremos a letra P e números para identificação, a seguir apresentaremos os resultados dos dados colhidos.

**Tabela 8: Perfil dos professores das crianças com TC**

<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	06	85,71%
Masculino	01	14,28%
<b>Idade</b>		
De 22 a 31	01	14,28
De 32 a 41	04	57,14%
De 42 a 51	02	28,57%
<b>Tempo de carreira</b>		
De 3 a 6 anos	02	28,57%
De 9 a 12 anos	01	14,28%
Mais de 12 anos	04	57,14%
<b>Carga horária</b>		
20 horas	02	28,57%
40 horas	05	71,42%
<b>Escolaridade</b>		
Superior	03	42,85%
Especialização	04	57,14%
<b>Participação em capacitação em TC</b>		
Sim	03	42,85%
Não	04	57,14%

No que se refere ao gênero, na profissão de professor, o sexo feminino estava em maioria, sendo 6 entrevistadas, representando 85,71%, o sexo masculino representado por 1 entrevistado representando 14,28% .

Padilha (1995) comentando o trabalho do feminino refere que o conceito de gênero passa pela cultura social de papéis sexuais estabelecidos pela sociedade e define como devem ocorrer as relações homem-mulher, homem-homem, mulher-mulher e não necessariamente, apenas, a relação homem-mulher. A construção dos papéis sexuais direciona, inclusive, a escolha profissional, estabelecendo que a mulher, atendendo ao condicionamento recebido desde a infância, escolhe uma carreira condizente com a sua condição feminina.

Na nossa sociedade, apesar da emancipação da mulher e estar em todas as frentes de trabalho, em profissões do universo masculino, ainda várias profissões, como do professor de 1º e 2º grau, elas são em maioria. A mulher permaneceu nas atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação.

Em concordância, Silva (2002, p.96) “considera que a feminização do magistério ocorreu como luta das mulheres para se estabelecerem profissionalmente, configurando um nicho no mercado de trabalho ocupado por mulheres”.

Confirma-se com esse resultado da nossa pesquisa que o professor é uma das profissões consideradas femininas.

Em relação à idade dos professores, 1 (14,85 %), com idade entre 22 a 31 anos, 04 (57,14%) com idade entre 32 e 41 anos e de 2 entrevistados com idade entre 42 a 51 anos (28,57%). Verifica-se que a faixa etária de maior concentração é de 32 a 41 anos.

Quanto ao tempo de carreira no ensino, encontramos 2 professores (28,57%) de 3 a 6 anos, 01 (14,85%) atuando entre 9 a 12 anos e 04 (57,14%), com mais de 12 anos. Esses dados indicam que os nossos entrevistados em maioria tinham mais de 12 anos de atuação, indicando experiência na profissão.

Segundo Tardif e Raymond (2000), as relações entre o tempo, o trabalho e a aprendizagem dos saberes profissionais dos professores que atuam no ensino primário e secundário, isto é, dos saberes mobilizados e empregados na prática cotidiana, saberes esses que dela se originam de uma maneira ou de outra, e que servem para resolver os problemas dos professores em exercício e para dar sentido às situações de trabalho que lhes são próprias.

O tempo de magistério leva ao domínio progressivo do trabalho levando o professor à construção de seus saberes, suas próprias aprendizagens, de suas próprias

experiências, levando a uma maior segurança e domínio de suas funções. Abrangendo os aspectos didáticos e pedagógicos, o ambiente da escola e as relações com os pares e com os alunos. A experiência de trabalho parece ser a fonte privilegiada do “saber-ensinar” do professor e formas de lidar com conflitos em sala de aula.

Quanto a carga horária 5 (71,42 %) tinham carreira de 40 horas e 2 (28,57 %) com 20 horas. Sendo que um professor possuía 20 horas pelo fato de estar cursando outra licenciatura. Constata-se, que a maioria dos professores possui carga horária de 40 horas.

Com relação à escolaridade, encontrou-se que 57,14% (4) possuíam especialização e 42,85% (3) com curso superior.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB promulgada em 1996, dispõe sobre todos os aspectos do sistema educacional e em seu Art. 62. A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, em universidades e institutos superiores de educação, admitida, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nas quatro primeiras séries do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal.

Os professores das escolas pesquisadas possuem titulação superior ao mínimo exigido pela legislação. Percebemos que a maioria dos professores possui especialização, fato que significa a preocupação no seu aperfeiçoamento profissional, entretanto essa especialização, não garante uma capacitação para intervir com crianças com TC.

Dos professores entrevistados 57,14% ( 4 ) nunca participaram de curso de capacitação envolvendo alunos com transtorno de conduta e 42,85% ( 3 ) já tiveram esta participação.

Na perspectiva da formação do professor, a Resolução nº 02/2001 do CNE/CEB art. 18, §1º) refere-se ao perfil do docente para atuar na Educação Inclusiva, e considerado capacitado para atuar em classes comuns com alunos que apresentem necessidades educacionais especiais aqueles que tiverem, em sua formação de nível médio ou superior (comprovadamente, conteúdos ou disciplinas sobre Educação Especial e que desenvolveram competências que lhes possibilitem: como percebendo as necessidades educacionais dos alunos; flexibilizando a ação pedagógica nas diferentes áreas de conhecimento; bem como avaliando continuamente a eficácia do processo

educativo e atuando em equipe, que conte também com professores especializados em Educação Especial.

Para a efetivação de uma política inclusiva, é importante a capacitação dos professores para prepará-los para desempenhar suas funções junto aos alunos com alguns transtornos, habilitando-os para práticas educativas na diversidade de aprendizados e comportamento, assim intensificando cursos de formação em educação Especial.

Conforme informações junto a coordenadores de Educação Inclusiva, a Secretaria Municipal de Ensino de Pelotas com o objetivo de formação de docentes para educar na diversidade, em 2010, ofereceu o Curso de Capacitação em Educação Especial - Deficiência Intelectual e o curso de Educação Inclusiva – direito à diversidade, sendo os participantes em maioria professores do município.

Embora alguns professores não tenham participado de cursos de capacitação, alguns evidenciaram terem algum conhecimento sobre o tema, na sua formação profissional, como colocação nas falas a seguir.

[...]eu conheço pelo meu curso de formação (P 1).

[...] Na pedagogia, na faculdade fizemos algumas pesquisas, eu e meu grupo naquela época em São Lourenço, fizemos alguns projetos relacionados à educação especial (P 2).

[...] antes eu trabalhava no Padre Anchieta onde atendem criança com alguns tipo de déficit, eu tinha conhecimento na prática (P 3).

[...]Tive algumas coisas na faculdade, teve uma matéria que era com desvio de conduta, mas não foi muito específico, foi mais na prática mesmo (P 5).

Verifica-se que o professor, mesmo não tendo formação específica, ao se deparar em sala de aula com algum transtorno, ele procura desenvolver suas atividades, usando suas competências, sua bagagem profissional anterior e sua sensibilidade, de acordo com o perfil do docente para atuar na Educação Inclusiva.

Em uma das falas, revela a não participação em capacitação pela falta de oportunidade, fazendo uma crítica as políticas de educação em relação a capacitação dos seus profissionais.: [...] capacitação não, o governo não proporciona (P 1).

Revela que os professores gostariam de participar de curso de atualização profissional, se lhes fossem oferecidos, sendo percebida a necessidade de oferta dos mesmos.

Em relação a distribuição de alunos participantes do PAM, por professor temos os seguintes resultados.

**Tabela 9: Relação aluno com TC e professor**

<i>Professor</i>	<i>Alunos com TC</i>
Profº 1; 2; 3; 6; 7	01
Profº 4	02
Profº 5	04

Verifica-se que quatro professores possuem em sua sala de aula uma criança com TC, um professor, duas crianças com TC e um professor com quatro crianças com TC. Nota-se não há uma regra na distribuição dos alunos com TC por turma. Embora a educação se depare com outros transtornos do aprendizado e do comportamento, como TDAH, dislexia, discalculia, transtorno de ansiedade, depressivo, desafiador de oposição. Em nossa entrevista a questão foi somente direcionada ao TC.

Na entrevista, uma questão abordou o desenvolvimento do trabalho do professor junto às crianças com transtorno de conduta. Em relação a conhecimentos metodológicos do profissional em sua formação para lidar com o transtorno de conduta referem-se às seguintes falas:

[...] Eu não fiz nenhum trabalho diferenciado quanto à metodologia na sala de aula, trabalhava com todos de forma igual, claro, atendendo as necessidades a mais, mas no currículo era normal, o problema deles não era de aprendizagem, eu vi que era falta de carinho, de chegar mais perto, quando me disseram que o.(aluno).. seria meu aluno, eu já sabia do histórico dele do ano anterior era bem complicado, mas comigo foi bem diferente até os outros professores perceberam a mudança (P 4).

[...] Normal, sem nenhuma dificuldade, assim tem que respeitar os limites deles, saber até onde podiam ir, fazer bastante trabalho, conversar bastante com os pais, com bastantes trocas (P 6).

As falas de dois professores revelam tranquilidade ao lidar com criança com TC, talvez pelo fato de estarem capacitados, tanto por ter especialização na área, como cursos de capacitação específicos, bem como o conhecimento adquirido através de anos experiência, no ensino. A sala de aula torna-se um campo de prática, onde são experienciados os mais diversos tipos de comportamentos. Verificamos a importância de capacitação, para desenvolvimento de habilidades para solução ou mesmo, alívio de problemas relacionados à criança.

Em relação à dificuldade em desenvolver seu trabalho em sala de aula, temos os seguintes depoimentos.

[...] Ele tinha problema de comportamento, ele fazia confusão, eram questões comportamentais, não de aprendizado, ele era até muito inteligente, mas ele as vezes incomodava, batia nos outros, era bem difícil. (P 1).

[...] Até então eu não tinha percebido nenhum problema com..(criança) chamei a mãe, por comportamento, sempre muito irrequieta e completamente dificuldade de atenção , como ela não se concentrava, ela falava muito com o pessoal da volta, ela distraia os colegas que mexiam com ela, tinha que responder alguma coisa ou ela não sabia , ela era motivo de brincadeiras de mau gosto pelos colegas (P3).

[...] Primeiramente a gente não tem preparação, a gente se sente muito despreparada para lidar com este tipo de aluno, o que eu mais poderia fazer é , tentar conversar, ficar mais junto na hora do exercício na sala de aula, atendimento mais individualizado, mas também não tem como, são muitos alunos em sala de aula , fica muito difícil tratar individualmente um..porque é difícil de identificar algum tipo de problema (P 7).

As falas nos mostram a dificuldade em lidar em sala de aula pela característica de comportamento do transtorno, o professor sentindo-se despreparado na maneira mais adequada para lidar com as dificuldades do aluno.

Nas entrevistas com os professores, verificou-se que a maioria não participaram em atividades de capacitação. Evidencia-se a necessidade de capacitação, seja através de cursos, de oficinas, ou mesmo de espaços onde os profissionais possam colocar seus anseios e receber orientações sobre maneiras de “lidar” nos eventos do comportamento, onde a troca de saberes seja possível.

Nas falas seguintes, quando há relato do aluno, agora ser mais aceito e sobre o tratamento, ou seja, a saúde colaborando no processo de ensino, significados da inclusão e da intersectorialidade.

[...] ele entrou no PAM e começou o tratamento, foi uma mudança muito clara, trocou toda medicação, na escola ele foi mais aceito (P2).

[...] Eu trabalhava a autoestima deles, mostrando que eles conseguiam, podiam que eram crianças capazes, até de se comportar melhor em certas ocasiões e mostrar a capacidade de concentração de limites, se eles conseguissem se controlar, autocontrole, claro com a medicação ajudando o desvio de conduta, pegava as coisas dos colegas, escondia. Eu dizia que ele podia melhorar, que podia se controlar, que ele podia. Pegando o caderno deles e colocando parabéns, olha como tu consegues, como és inteligente (P5).

Chama atenção que o professor 5, não relatou dificuldade em relação ao número de alunos com TC, mesmo em sua sala de aula possuir 4 crianças com este transtorno. Segundo Stainback & Stainback (1999), uma escola inclusiva tem como significados:

Significa que todos os alunos recebem oportunidades educacionais adequadas, que são desafiadoras, porém ajustadas às suas habilidades e necessidades; recebem todo o apoio e ajuda de que eles ou seus professores possam da mesma forma, necessitar para alcançar sucesso nas principais atividades (STAINBACK & STAINBACK, 1999, p. 11).

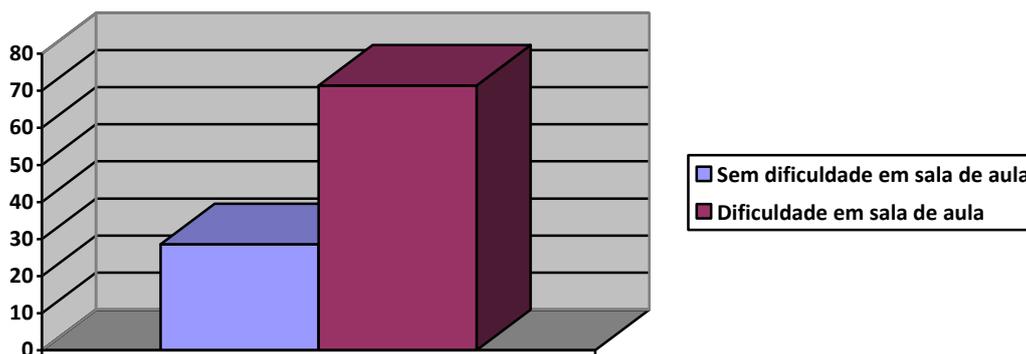
A escola inclusiva assume características em que todos os seus alunos, possam ser aceitos e integrados, isto é um desafio para o professor, pois necessita práticas e treinamento de habilidades, como profissional ter conhecimento de como lidar-fazer e com os alunos na aceitação do outro, que vai, além disso, na integração sem barreiras e reservas.

De acordo com Costa (2006), a prática da intersectorialidade está vinculada os modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores nem anulando a importância da singularidade da ação e das práticas setoriais. Sendo nas práticas dos diversos setores está seu reconhecimento das possibilidades e limites de poder e de atuação das instituições e de seus profissionais.

Evidencia-se, que a possibilidade de implementação de ações intersectoriais, podem ser mais eficazes que ações isoladas, a criança é um indivíduo único, os saberes

da saúde e da educação devem somar-se para o mesmo fim. No nosso caso houve um encontro por parte da saúde no programa PAM e por parte da educação, nas escolas envolvidas tendo como foco o aluno integral, com todas suas dificuldades e potencialidades. O tratamento somou-se ao trabalho pedagógico em sala de aula.

**Gráfico 2: Desenvolvimento do trabalho do Professor junto as crianças com TC.**



Dos sete professores investigados 71,42% (5) colocaram dificuldades no trabalho junto às crianças com TC e 28,57% (2) não apresentaram problemas.

Investigou-se a percepção do professor em relação à convivência e relacionamento da criança com TC com os colegas e ambiente escolar e observamos os seguintes relatos:

[...] Era bem complicado e difícil, trazia problemas, os outros não compreendiam, quando via que não estava tomando o medicamento, chamava a mãe aqui apertar para dar o medicamento, às vezes tinha que fazer encaminhamento para faculdade. Quando fazia tratamento melhorava (P1).

[...] o relacionamento era complicado, eram crianças muito agressivas, com a medicação melhorou bastante, mas mesmo assim as vezes ficava complicado, eles brigavam muito com os colegas, com o professor não, eu sempre conseguia manter um relacionamento de amizade (P 5)

[...] a medicação, uns dias ela não tomava, aí ela começou ir direitinho ao Dr., tomar medicação e era outra criança, mas sempre tive que dar atenção redobrada para ela é uma aluna que exige muitos cuidados, se for com autoridade ela não faz nada, precisa todo um carinho e um jeitinho com ela. As vezes brigava em aula com os colegas,, comigo não, já sabia do jeito que tinha que levá-la (P 6).

[...] Ela é uma menina bastante agressiva verbalmente e introspectiva,..., eu senti um pouco de dificuldade de lidar com ela. Com os colegas eu não notava muita intimidade , afastada, distante dos outros alunos, no primeiro ano, já no segundo ano quando já estava em tratamento , ela já conseguia ser mais, como posso dizer, a identificação do aluno com determinados grupos (P 7).

De acordo com Teixeira (2009), crianças e adolescentes com TC, com frequência, apresentam limitações nas interações interpessoais, tendo dificuldade de fazer amizade. Sintomas como, baixa estima, intolerância, irritabilidade e explosões de raiva comumente encontram-se presentes.

Os professores referem comportamentos agressivos e difíceis, gerando dificuldade no relacionamento com colegas e professores, mas com o tratamento houve mudança no quadro anterior.

De acordo com Eddy (2009), as evidências indicam que vários medicamentos, apresentam impacto positivo de curto prazo em algumas crianças sobre determinados sintomas de TC e outros relacionados.

Nas falas os professores referem melhora no relacionamento da criança com os colegas após o tratamento e muitos indicam a administração irregular do medicamento indicado para o quadro, reconhecendo as alterações por sua ausência do medicamento no comportamento dos alunos. O professor em contato com o aluno diariamente, reconhece profundamente suas atitudes e comportamento.

[...] se deu a socialização dele, ficou amigo das professoras, da direção, acalmou, colaborou... Com os colegas, eu tive que fazer um trabalho sério, eles não aceitavam, tinha mães que diziam que iriam tirar os filhos da Escola, pois tinha um aluno louco, excepcional, a diretora foi trabalhando e as mães foram aceitando, mas foi bem difícil, ele ficou amigo de todos na escola . Ele foi uma criança muito amada por todos na escola (P 2).

Sasaki(1999) coloca que inclusão é uma atitude de aceitação das diferenças, não uma simples colocação em sala de aula. A fala acima confirma que a inclusão não é apenas estar na escola, mas sim, apesar das dificuldades e diferenças, ser aceito e ter interação social com toda comunidade escolar.

[...] ele era bem agressivo... palavrões, mas este ano comigo e com os outros professores tudo bem, era com os colegas dentro e fora da escola, quando ele saía parecia outra criança fora da escola até o vocabulário dele mudava um pouco, soltava mais a língua aos pouquinhos ele chegava abraçava (P 4 aluno A).

[...] sempre foi muito tranquila, respeitosa educada com os professores e funcionários não tinha problemas, mas com os colegas tinha desavenças e sérios atritos, tinha desavenças com alguns alunos específicos (P 3).

[...] ele começou a apresentar problemas depois que os pais se separaram. Em sala de aula tinha amigos, o relacionamento com os colegas era bem melhor, ele conversava, ria brincava ... teve uma situação que ele quase quebrou uma porta da sala de aula eu tive que chamar a orientadora, quando se envolvia em brigas ele batia para valer (P 4 aluno B)

Em relação às condutas percebidas neste ambiente, pode-se enfatizar: agressividade com os colegas, professores e demais funcionários, bullying, mentiras, destruição de carteiras, roubos e furtos de objetos pessoais de colegas da sala de aula, uso de álcool e drogas e formação de gangues (TEIXEIRA, 2009).

O quadro do TC pode apresentar agressões físicas ou verbais, destruição do patrimônio, atitudes percebidas pelos professores anteriormente ao tratamento, após as entrevistas referiram mudança de atitudes e conduta.

A seguir apresentaremos a percepção dos professores em relação ao rendimento escolar das crianças com transtorno de conduta participante do PAM.

[...] No rendimento, fazia as coisas, ele era inteligente (P1).

[...] produzia bastante, era comprometido, aprovou no final do ano (P4 aluno B).

[...] inteligentíssimo criança até articuladora (P 5 aluno F).

Encontramos nas entrevistas com os professores que dos 11 alunos, 3 tinham facilidade no aprendizado significando 27,27%.

[...] Ele se alfabetizou, aprendeu a ler, lia as frases completas, até com facilidade, só que a escrita faltou desenvolver (P 2).

[...] Muito baixo, ela tinha muita dificuldade, ela teve sérios problemas do aprendizado que acho que foi devido a visão (P 3).

[...] às vezes ele chegava em sala de aula, não abria um caderno, , eu não conseguia convencê-lo a fazer e aí no final do ano começou a se interessar, copiar tudo, perguntar tudo, mas aí não deu, reprovou, não dava tempo (P4 aluno A)

[...] com muita dificuldade, mas com o tratamento parece que melhorou um pouquinho, mas não era satisfatório o seu rendimento (P 5 aluno C).

[...] para o estudo vai devagar, agora deu um estalo e está lendo bem , mas é inteligente, sabe todos os assuntos que foram tratados , mas os estudos tem que ter um incentivo o tempo todo , senão trava e não vai para frente (P 5 aluno D).

[...] com dificuldade mas esforçado, com a medicação porque sem a medicação não fazia nenhuma atividade em sala de aula. (P 5 aluno E)

[...] O rendimento escolar dependia de como ela estava, se estava bem, ia bem, se ia mal, ia mal, se tivesse uma briga em casa, não fazia as coisas, , mas ela passou, sabe fazer tudo (P 6).

[...] Muito fraca, tinha muita dificuldade, os temas antes ela nunca fazia, melhorou bastante (P 7).

Na escola, o rendimento, na maioria das vezes, está comprometido, o que pode ser justificado pelas ausências constantes à aula, bem como, à falta de participação e empenho com os compromissos escolares (TEIXEIRA, 2009).

Nos depoimentos dos professores, encontramos relatos que 8 alunos tinham dificuldade na aprendizagem, significando 72,72% , embora referissem aprovação e avanço nos conteúdos trabalhados devido ao tratamento. Os dados encontrados são confirmados em referência na bibliografia, onde segundo Bordin (2000), o transtorno da conduta está frequentemente associado a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais ao indivíduo.

Em relação às comorbidades, Eddy (2009) sugere a ocorrência de alguns transtornos associados ao TC. Bordin e Offord (2000) encontraram dados que indicam que, dentre os transtornos comórbidos mais comuns, 43% dos casos estão associados ao

TDAH, enquanto 33% ocorrem simultaneamente com transtornos que envolvem as emoções (ansiedade, depressão, obsessão-compulsão). Ainda de acordo com os mesmos, a comorbidade com o TDAH é mais encontrada ao longo da infância.

Em análise aos prontuários das crianças e adolescentes participantes do PAM, um dado que chama a atenção nesta pesquisa é o fato de encontrarmos a ocorrência de comorbidades superior a referida em bibliografia, sendo a ocorrência do TDAH de 84,61% e a de TDO de 42,30 %, e de apenas 3,84% não apresentar comorbidades.

E quanto ao gênero, encontramos 76,92% sendo do sexo masculino e 23,07% do sexo feminino. Sendo a prevalência maior no sexo masculino, encontra concordância na literatura.

Segundo Eddy (2009), a ocorrência conjunta entre o TC e o TDAH é elevada o suficiente para ser fonte de discussão. Ressalta-se que a ocorrência dos dois transtornos ao mesmo tempo possui implicações futuras relevantes, visto que, meninos diagnosticados com ambos os transtornos apresentam maior probabilidade de necessitar de atendimento especializado em longo prazo.

**Tabela 10: Avaliação das crianças e adolescentes pelos professores anterior e posterior a participação do PAM**

<i>Professor</i>	<i>Nota antes do PAM</i>	<i>Nota depois do PAM</i>
Prof. 1	Não conhecia	7
Prof. 2	3	9,5
Prof. 3	5	7
Prof. 4 Aluno A	-6	8
Prof. 4 Aluno B	7	dez
Prof. 5 Aluno C	6	7
Prof. 5 Aluno D	5	9
Prof. 5 Aluno E	7	8
Prof. 5 Aluno F	7	Dez
Prof. 6	5	9
Prof. 7	4	7

Através dessa tabela, é possível observar que pela avaliação dos professores a totalidade dos alunos teve um acréscimo nas notas dadas referentes ao aproveitamento

escolar e do comportamento, antes do programa estabelecido e posterior as intervenções realizadas.

Destacam-se alguns comentários do professor sobre as notas dadas:

[...] O tratamento ajudava ele para deixar mais calmo no convívio social, porque na aprendizagem não tinha grandes problemas (P 1).

[...] no início do ano estava muito rebelde, escrevia bilhete para os colegas de uma forma ameaçadora, xingando os gurus, agora ela se expressa de uma forma mais... ela perdeu o medo de enfrentamento. Aos poucos está criando novos vínculos com os colegas ao seu redor (P 3).

[...] depois de tomar o medicamento ele ficou mais calmo, agressividade, soco, eu não vi mais aquilo. Melhorou bastante (P 4 Aluno B).

[...] Foi transformador, acho que o tratamento dele foi muito bom, porque ele é uma criança muito agressiva mesmo e depois de se tratar melhorou mesmo (P 5 Aluno E).

[...] uma transformação, com a medicação melhorou, mas sem a medicação continua sendo uma criança agressiva (P. 5 Aluno F).

[...] depois do tratamento ela melhorou 80%, quando eu cheguei aqui me apavorei com ela, parecia um bichinho, uns 20% é do professor. Era bem difícil. (P 6).

[...] Acredito realmente que ela mudou bastante. No ano anterior ela reprovou, já ano passado foi aprovada (P 7).

Eddy (2009) refere que outro papel essencial do medicamento no tratamento com TC é melhorar a atenção e reduzir os comportamentos antissociais, fazendo com que crianças e adolescentes tornem-se capazes de obter benefícios com as intervenções psicossociais.

No depoimento dos professores é evidenciado o resultado das intervenções, quer em certos momentos colocados como tratamento ou mesmo colocados como medicamento, significando a totalidade das intervenções realizadas e suas ações resultantes, sendo expressos como resultado positivo.

[...] mas ele passou com avaliação boa, mesmo com escrita difícil, passou melhor que outras crianças ditas “normais”, “a mãe dele se envolveu bastante, ela não deixava faltar, ela colaborava, ajudava nos temas, nas lições, ela ajudou muito (P 2).

Na fala deste professor evidencia-se o papel da importância do apoio da família, quer na figura da mãe ou do pai, em que participa do processo de aprendizado, colaborando nas atividades e ações educativas.

Em relação a não administração do medicamento prescrito no tratamento temos as seguintes falas:

[...] quando ele entrou no PAM, com certeza com a medicação muda muito, mas eu acho que ela (mãe) não dava sempre. Eu vi pouca diferença (P 4 Aluno A).

[...] parece que o remédio não faz efeito, não tem incentivo em casa (P. 5 Aluno C).

Pelos relatos, o professor tem conhecimento profundo do seu aluno e constata quando a medicação não é administrada corretamente. Os professores, por estarem em contato direto com os alunos em sala de aula, podem observar – formal e informalmente – as atividades e comportamentos revelados no cotidiano, e ainda sinalizar capacidades gerais e específicas.

[...] Foi transformador, melhorou bastante, mas difícil de lidar tem que se cuidar porque pode machucar um colega bem sério, para não dizer coisa pior (P 5 Aluno D).

Embora o professor, na fala tenha relatado uma transformação positiva com o aluno, ele chama a atenção para questão da violência nas escolas, da necessidade de estar atentos para situações em que possam gerar violência. Nesse sentido, Abramovay(2002) coloca:

Em todo o mundo, a violência na escola tornou-se um tema cotidiano, um importante objeto de reflexão das autoridades e um foco de notícia na imprensa, que vem divulgando, principalmente, as mortes que ocorrem nos arredores e dentro das escolas. Percebe-se que a sociedade, em geral, está bastante preocupada com os problemas da violência no ambiente escolar. A construção de uma visão crítica sobre o fenômeno da violência mostra-se fundamental, na medida em que permeia todas as relações sociais, em que são profundamente afetados os membros da comunidade escolar ( ABRAMOVAY, 2002, p.69).

Na mídia e no nosso dia-dia, nos defrontamos com notícias e situações resultantes da violência. A necessidade da consciência e reflexão sobre as causas e efeitos, se fazem essenciais. Toda sociedade precisa estar envolvida neste processo que se apresenta na atualidade. Nessa perspectiva, são necessárias políticas públicas para o enfrentamento da violência na escola.

O Ministério da Saúde coloca que o Programa Saúde na Escola, surge como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico. Sendo que coloca a Intersectorialidade necessária ao desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas, com a finalidade de articular políticas e atividades. Com relação ao PAM, um dos professores entrevistados destaca:

[...] Sem dúvida na parte social do aluno ajudou muito, foi muito importante. O tratamento é muito bom. Essas crianças, não temos onde encaminhar, não possuímos sala de recurso, o Estado, a Rede Estadual não tem como tratar essas crianças, assim ajudou um monte a gente, o PAM é um trabalho muito bom que nos ajuda muito. A diferença das crianças é muito grande (P 1)

Na fala deste professor, evidencia-se a crítica as políticas de educação e de saúde, onde as salas de recursos são ausentes em algumas escolas ou mesmo insuficientes para suprir com esta demanda. A saúde do escolar deveria ser capaz de atender todos os casos encaminhados, mas verifica-se a não clareza de “para quem encaminhar” “para onde encaminhar” e finalmente “quem são os responsáveis desse atendimento” Verifica-se uma insuficiência na clareza dos papéis das instituições envolvidas neste mix entre a saúde e a educação.

[...] achei ótimo, ele acertou no tratamento, a medicação, acertou deu para notar, O progresso foi visível. (P 2).

[...] Muito bom, os resultados sempre são favoráveis. (P 3).

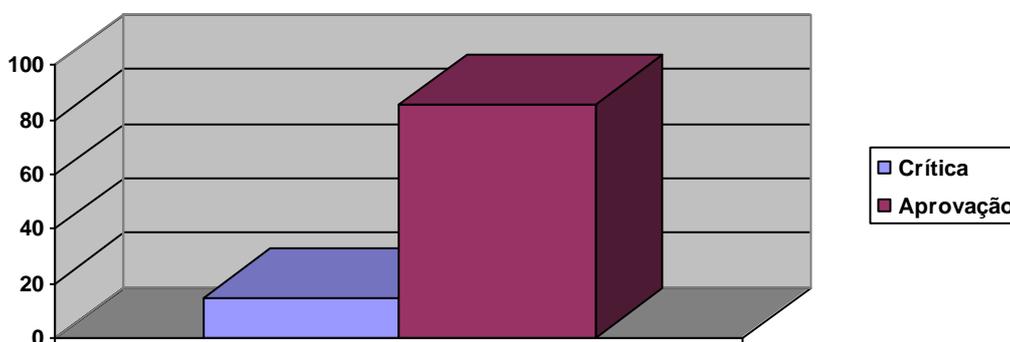
[...] Foi muito bom, penso que as famílias tinham que ser tratada junto, as famílias são comprometidas, problemas de infância, é evidente que eles são assim por que as famílias tem alguma coisa errada em casa, eles são pais até que interessados mas tem problemas e não conseguem. , mas o Programa foi muito bom, resolveu muitas coisas assim de imediato. Tive alunos que ficaram anos sem aprender a ler, com o tratamento aprenderam (P 5).

Devido às diversas mudanças pelas quais a família tem passado, sua configuração, seu empobrecimento, a capacidade de proteção e cuidado, tradicionalmente atribuídos a ela como principal função tem sido modificada. “Essas transformações, que envolveram aspectos positivos e negativos, desencadearam um processo de fragilização dos vínculos familiares e tornaram as famílias mais vulneráveis” (MIOTO, 2004, p. 139).

[...] Ótimo, graças a Deus que existe este programa, ainda bem que existe isto (P 6).

[...] achei muito bom, a gente lida com os alunos e acha que só tem problema de aprendizagem e o caso é mais grave, não percebe antes do tratamento não conseguia alcançar a média, agora a nota é boa, uma mudança radical, , maravilhosa. (P 7).

### Gráfico 3: Avaliação do PAM pelos professores dos alunos com TC



Dos sete professores entrevistados, seis se pronunciaram com avaliação positiva. Sendo que resultou em 85,71% de aprovação do programa por parte dos professores.

Sendo que outro professor manifestou uma crítica ao programa, onde colocaremos a seguir:

[...] Eu não recebi nenhum retorno do que era feito, tratado, conversado, sei que eram atendidos pelo médico psicólogos, mas eu não sabia o que eu poderia fazer, falar com eles para complementar, interagindo com a escola, com o professor diretamente, poderiam chamar para

uma conversa talvez uma reunião, mas a gente não tem tempo , mas seria o ideal, até para saber o que poderíamos fazer em sala de aula. (P 4).

Na fala desse professor, nota-se uma crítica, colocando que poderia fazer parte do processo, de como poderia colaborar nas suas atividades profissionais para alteração do quadro, mas ao mesmo coloca a falta de tempo por sua parte. Em concordância, Bordin (2000) refere que o contato com a escola também pode ser útil para resolver conflitos entre professores e alunos e ajudar os professores a encontrar maneiras mais adequadas de lidar com as dificuldades da criança.

As contribuições dos professores acerca de sugestões ao PAM se encontram nas seguintes falas:

[...] O retorno para escola, como o aluno está indo, possíveis sugestões (P. 1).

[...] Podia receber visitas e conhecer mais, o pessoal que trabalha no Projeto, participar de reuniões, se integrar. Acompanhar o desenvolvimento do que está sendo feito (P 2).

[...] Nos deixar mais ao par do que está acontecendo nos atendimento, para participar mais. Uma forma de nos comunicar com mais freqüência, esta troca para render mais (P 3).

[...] Interação mais com o professor, ...alguém que participe do trabalho vir na escola, passar em reunião ou até numa conversa (P 4).

[...] Reuniões com os professores para orientar os trabalhos (P 6).

[...] Poderiam ficar mais com agente, esta troca, mais freqüente (P 7).

Os professores foram quase unânimes em sugerir uma interação com o Programa, em que o retorno do resultado das intervenções pudesse ser repassadas, enriquecendo com essa troca o trabalho de ambos.

[...] Trabalhar com as famílias direto, porque o foco do problema está dentro da família (P 5).

Um professor sugeriu o trabalho com as famílias, onde apontou a sua culpabilização, como se essa tivesse como dar conta de todas as situações que envolvem a criação, cuidado e manutenção do núcleo familiar. Miotto alerta que:

Enaltece-se a família, no plano simbólico, como um suporte que favorece a transmissão de valores ético-políticos coerentes com uma sociedade supostamente fraterna. Apontando-a como uma rede de amparo aos riscos sociais e afetivos, sempre atenta às disfunções de seus integrantes. Transmissão de ideias que favorecem, no plano ideal, o deslocamento para o grupo familiar de uma situação opressiva..., inter e intrafamiliar. Favorece ainda a culpabilização da família pelos insucessos de seus integrantes ou quando falha na tarefa de socialização.. (Miotto, 2011, p. 17-18)

Evidencia-se o papel da família no cuidado, tanto na educação como na saúde, sendo responsável pelo bem estar de seus integrantes e também nas situações onde a expectativa frente os fatos não se concretizam, tanto comportamentais como sociais, levando a sua culpabilização, quando alguém da família não tem o comportamento esperado pela sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta dissertação, procuramos definir TC. Assim trabalhamos com Lamônica, Capovilla, Koch; Gross, Bordin; Offord, Kaplan, Eddy, Teixeira, Rotta, Moura e com os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Transtorno de conduta é um conjunto persistente de comportamentos que evoluem com o tempo, em geral caracterizados por agressão e violação dos direitos de outros (KAPLAN, 2007, p. 1317).

Buscando investigar os reflexos do Programa de Saúde “Para Aprender Melhor” no cotidiano de crianças e adolescentes, realizei entrevistas com os professores e responsáveis, para verificar seus reflexos no núcleo escolar e familiar. Com os resultados encontrados permite-me chegar a algumas considerações:

Encontramos um perfil dos responsáveis composto, na maioria pelo sexo feminino, com idade entre 32 a 41 anos, com nível de escolaridade Ensino Fundamental incompleto, sendo as profissões mais encontradas, de serviços gerais e do lar. Com renda familiar de um salário mínimo, sendo considerados pobres ou muito pobres, fato que reforça que a baixa escolarização dificulta o acesso a empregos com melhor remuneração, sendo que a maioria das famílias recebem do Estado um auxílio financeiro através do Programa Bolsa Família.

Encontramos um perfil dos professores, composto pela maioria do sexo feminino, com idade entre 32 a 41 anos, com mais de 12 anos de carreira no ensino, possuindo carga horária de 40 horas, com escolaridade em nível de Especialização e com capacitação em transtornos da aprendizagem e comportamento.

Na percepção da família da criança com TC no ambiente escolar após a intervenção do PAM houve melhoria no aprendizado, interesses e relacionamento. Na percepção dos professores também foi evidenciada a melhora nas relações sociais, permitindo a inclusão desse aluno ao ambiente escolar. O professor por estar em contato direto com seus alunos em sala de aula, conhece-os profundamente e identifica atitudes e comportamentos revelados no cotidiano. No rendimento escolar, as crianças com TC, mesmo com avanços positivos no aprendizado e avaliação, apresentavam dificuldades na assimilação dos conteúdos, o que pode ser justificado pelas comorbidades, sendo o TDAH a mais encontrada no grupo.

Em análise aos prontuários das crianças e adolescentes participantes do PAM, foram confirmados 26 casos com TC, significando 2,41% ratificando as prevalências estimadas no Programa e referidas em bibliografia, mas um dado que chama a atenção nesta pesquisa é o fato de encontrarmos a ocorrência de 84,61% para comorbidade de TDAH, sendo esta superior a referida em bibliografia, segundo Bordin e Offord (2000) é de 43%.

Segundo Eddy (2009), a ocorrência conjunta entre o TC e o TDAH é elevada o suficiente para ser fonte de discussão. Recomenda-se o aprofundamento desta questão para melhor conhecimento da relação TC e TDAH.

Em relação ao comportamento da criança no núcleo familiar é possível observar que houve modificações trazendo à família mais tranquilidade na convivência. Podemos observar que anteriormente várias famílias eram encaminhadas ou recorriam ao Conselho Tutelar para resolver suas questões e conflitos, o que hoje não ocorre.

Foi possível observar que nas notas dadas as crianças antes e depois do PAM, todos os responsáveis deram uma nota maior após o PAM, e para os professores embora a diferença das notas não tiver sido tão acentuada, também tiveram acréscimo, apontando que o programa teve êxito, ficando mais evidente na família.

Na avaliação pelos professores o Programa teve sucesso, aonde as intervenções vieram colaborar para mudanças no ambiente escolar, onde o entendimento de inclusão implica considerar, conforme afirma Sasaki (1999, p.122), educação inclusiva como [...]uma atitude de aceitação das diferenças, não uma simples colocação em sala de aula.

Ficou evidenciado que ações entre a saúde e a educação podem trazer benefícios para o processo educacional. Revelou-se a necessidade da intersetorialidade entre a saúde e a educação, na qual a troca de saberes possa ocorrer. Em geral, quando é necessário encaminhamento dos casos de transtornos do aprendizado e comportamento, a escola encontra a insuficiência de serviços onde possam ser tratados, apontando a necessidade para que se efetive a interação entre as políticas de saúde e de educação, através da Saúde do Escolar. Segundo Menicucci (2002) a intersetorialidade se justifica pela necessidade de entender de maneira compartilhada a realidade social.

No transtorno de conduta, um dos componentes terapêuticos pode ser medicamentoso, sendo que este não se encontra disponibilizado pelo Programa do Ministério da Saúde, na Farmácia Popular. Recomenda-se que o atual Programa seja estendido para contemplar os transtornos da aprendizagem e do comportamento.

As duas Escolas participantes da pesquisa não possuíam Sala de Recursos, embora já tenham encaminhado solicitação para sua efetivação, sendo colocada a sua importância e necessidade por um professor. Nesse sentido refere-se que este recurso poderia colaborar para o processo da inclusão dos alunos com transtornos.

Os professores, evidenciaram dificuldades em desenvolver suas atividades didáticas e pedagógicas, sentem-se despreparados para lidar com o transtorno de conduta, fato que nos leva a concluir a necessidade de cursos de aperfeiçoamento e capacitação, espaços onde os profissionais possam colocar seus anseios e receber orientações sobre maneiras de trabalhar nos eventos do comportamento, onde a troca de saberes seja possível. Recomendam-se políticas de educação, que ofereçam treinamentos, cursos e capacitação.

A família se encontra fragilizada pela pressão econômica e por um dos seus integrantes apresentarem o quadro do TC, sendo que ainda lida com a culpabilização e com as escassas políticas sociais, diante da redução dos níveis de cobertura frente às responsabilidades que lhe são delegadas. A família, ao ser exigida, necessita encontrar amparo social, através de políticas públicas para ajudá-la nesta situação.

Conclui-se que o PAM teve êxito, na suas ações, a criança com TC progrediu no desenvolvimento de suas capacidades intelectivas e comportamentais, levando a sua aceitação no ambiente escolar, promovendo sua inclusão, sendo que na família, melhorou as relações, levando a um ambiente mais harmonioso.

Cabe ao sistema de saúde oferecer atendimento integral aos transtornos de aprendizado e de conduta, proporcionando ações eficazes para efetivação da assistência, como intervenções psicopedagógicas, e multidisciplinares da área da saúde às quais a oferta a estes serviços é insuficiente, pois o sistema de saúde pública não disponibiliza atendimento adequado a essas pessoas.

A pesquisa evidencia haver uma contradição entre os direitos, políticas públicas e ações concretas. As políticas sociais devem ser concretizadas, via operacionalização em programas, onde ações concretas possam viabilizar os ideais que uma política preconize. Dessa forma é relevante o PAM, porque o conhecimento e os resultados de uma prática voltados aos transtornos da aprendizagem e comportamento podem alterar positivamente o ambiente familiar e escolar. É um Programa com avaliação benéfica ao proporcionar a inclusão da criança com TC no seu núcleo familiar e escolar. Recomenda-se servir de modelo para implantação de serviços similares.

Nesse sentido, frisamos que os dados analisados nesta investigação, bem como as considerações, constituem elementos que podem contribuir para discussões sobre as intervenções no Transtorno de Conduta, e sua repercussão seu ambiente familiar e escolar. Os dados analisados revelaram, ser possível uma melhor inserção social, escolar e comunitária da criança e adolescente com TC após as intervenções do Programa.

Espero que esta pesquisa venha a se constituir como instrumento para reflexão e conhecimento sobre a necessidade de Programas voltados aos Transtornos do Aprendizado e Comportamento que possibilitem alterações no núcleo familiar e escolar, contribuindo para uma educação mais inclusiva e relações familiares mais integradas, amorosas e menos conflituosas.

Esse entendimento, nos traz a necessidade de intersetorialidade entre a saúde e a educação, com a articulação entre todos os envolvidos, os gestores, os profissionais, os saberes e a própria população, para que as ações possam ser desenvolvidas com objetivo da construção de políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades dos transtornos de aprendizagem e comportamento na sociedade.

Conclui-se a necessidade de que os direitos conquistados na Constituição de 1988, ou seja, de educação para todos e saúde com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, através do SUS, sejam efetivados através de políticas públicas que possam contemplar as demandas sociais presentes em ações concretas e resolutivas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Miriam. **Escola e Violência**. Brasília. Edições Unesco, 2002.
- ANDRÉ, M. Pedagogia das diferenças. In: ANDRÉ, M. (Org.). **Pedagogia das diferenças na sala de aula**. Campinas: Papirus, 1999. P. 11-26.
- APA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência Rápida aos Critérios Diagnósticos do DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BALLONE GJ, MOURA EC - **Transtornos de Conduta** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2008. Acessado em 13.11.2011.
- BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Política Social: Fundamentos e História**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. 4.ed. Brasília: Ed. UnB, 1992.
- \_\_\_\_\_. Direito. BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G.. **Dicionário de política**. Brasília: UnB, 1998. pp. 349 – 353
- \_\_\_\_\_. **A Era dos Direitos**. 13 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BORDIN; OFFORD. **Transtorno de conduta e comportamento anti – social**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 12 – 15 dez. 2000.
- BOSCHETTI, I. et all (Org). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. MEC, **Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de educação Especial**. Livro 1/ MEC/SEESP. Brasília, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais p/ a Educação Especial na Educação Básica**. Secretária de Educação Especial – MEC; SEESP, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Educação**. Resolução nº 02/2001. D.O.U. de 14/09/2001, Brasília.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990, Brasília.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Trabalho e Emprego**  
www.mte.gov.br/geral/estatisticas.asp <http://portal.mte.gov.br/portal-mte>, acessado em 29 Outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética 1996

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.44p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**.  
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/345/entenda-o-sus.html>. acessado em 31 Outubro de 2011.

BUENO, J. G. S. **Educação Especial brasileira: a integração-segregação do aluno diferente**. São Paulo, EDUC, 1993.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CANESQUI, A.M. **Avaliação de políticas e programas sociais: conceitos e tipos de pesquisas**. Cadernos de Serviço Social. PUC, Campinas. Vol. 17, p. 89 – 107, 2000.

CARNEIRO, M. S. C. **Alunos Considerados portadores de Necessidades Educativas Especiais nas Redes Públicas de Ensino Regular: integração ou exclusão?** Dissertação de Mestrado em Educação, UFSC, Florianópolis, 1996.

\_\_\_\_\_. **Deficiência mental como produção social: uma discussão a partir de histórias de vida de adultos com síndrome de Down**. Tese de doutorado em Educação, URGs, Porto Alegre, 2007.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Disponível em: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf) acessado em 23 de agosto 2011.

CHAVES, Mônica. **O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2004.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

**Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial de Saúde (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

**Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007.** Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>. Acesso em 25 de julho de 2011.

COSTA, A. et al. **Intersetorialidade na produção e promoção da saúde.** In: CASTR, A e MALO, M. (orgs.) SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo. Ed. HUCITEC/OPAS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Questão Social e Políticas Sociais em Debate.** Sociedade em Debate. Pelotas, RS, V.12, N.2, 2006, p.61-76.

CUNHA, B. B.B. **Classes de educação especial para deficientes mentais: intenção e realidade.** Dissertação Mestrado em Psicologia- Instituto de Psicologia da USP- São Paulo, 1988.

**DECLARAÇÃO DE SALAMANCA E LINHA DE AÇÃO SOBRE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS.** Brasília: CORDE, 1994.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir.** Relatório da UNESCO: Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC: UNESCO, 1999.

DRAIBE, S. M. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social.** Tempo social. Vol.15 no. 2 São Paulo Nov. 2003.

EDDY, J. M. Diagnóstico de transtornos de conduta. In: EDDY, J. M. (Org.) **Transtorno da conduta: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos (Orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002, p.11-24.

FERNANDES. A.S.A. **Políticas Públicas: Definição evolução e o caso brasileiro na política social.** In: DANTAS, Humberto e JUNIOR, José Paulo M. (orgs). **Introdução à política brasileira,** São Paulo. Paulus. 2007.

FREIRE, Paulo R. N. **Extensão ou comunicação?** 10ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.

GADOTTI, MOACIR. **A Escola e o Professor:** Paulo Freire e a paixão de ensinar, São Paulo, Publischer Brasil, 2007.

GOMIDE, P. I. **Estilos Parentais e comportamento anti-social.** Em: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem (pp. 21-60). Campinas: Alínea, 2003.

IVO, A. B. L. **A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v.18, n.2, p.57-67, 2004.

JANNUZZI, G. **A Luta pela Educação do Deficiente mental no Brasil.** São Paulo: Editora Cortez/ Autores Associados, 1985.

JERUSALISKY, A., CANIZA DE PAEZ P. S.M. Carta aberta aos pais acerca da escolarização das crianças com problemas de desenvolvimento. In: **Escritos da criança.** n. 06, Porto Alegre: centro Lydia Coriat, 2001.

JUNQUEIRA L. A. P. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade.** Revista FEA-PUC-SP, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

KAPLAN, H. SADOCK, B. GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** Porto Alegre: Artmed. 2003.

KAPLAN, Haroldo. **Compêndio de Psiquiatria.** POA, ARTMED, 7ª ed, 2002.

KOCH, L. M. GROSS, A M. **Características clínicas e tratamento do transtorno da conduta.** In: CABALLO, V. E.; SIMON, M. A. (Org.) Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Específicos. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2005.

KOKAY, E. Disponível em [http://www.erikakokay.com.br/noticia.php?id\\_noticia=2340](http://www.erikakokay.com.br/noticia.php?id_noticia=2340)  
Acesso em 15/04/2011.

LAMÔNICA D, SENNEY A, CAPOVILLA F, MONTIEL J. Disortografia: desafios para o aprendizado da escrita. **Transtorno de aprendizagem da avaliação à reabilitação.** São Paulo: Artes Médicas. 2008.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisas em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária Ltda; 1986.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe.** In BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. (Orgs). **Política Social: Fundamentos e História.** 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MACHADO, A. M. **Crianças de classe especial: efeitos do encontro da saúde com a educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MAGALHÃES, R. C. B. (Org.). **Reflexões sobre a diferença: uma introdução à educação especial.** Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

MANTOAN, M.T.E. **A inclusão escolar de deficientes mentais: contribuições para uma reflexão para o debate.** In: MANTOAN, M. T. E. **Ser ou estar, eis a questão: explicando o déficit intelectual.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais.** Pensar BH/Política Social. Belo Horizonte: Prefeitura, n. 03, p. 10-13, Maio/Jul. 2002.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso, et al **Família e Serviço Social – contribuições para o debate**. In: Serviço Social e Sociedade n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. **Que família é essa**. In: WANDERLEY, M. B; OLIVEIRA, I. C. (orgs). Trabalho com famílias: textos de apoio, v. 2, São Paulo: IEE-PUC-SP. 2004

\_\_\_\_\_. **Família e políticas sociais**. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política social no capitalismo- tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 130- 148.

\_\_\_\_\_. **Novas propostas e velhos princípios; a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar**. In: **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. SALES, M. A. et al. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 43-59.

\_\_\_\_\_.e CAETANO, Patrícia da Silva. **A família na política de saúde: considerações sobre a sua participação nos serviços de saúde**. Anais do DIPROSUL. Disponível ISBN 978-85-7590-139-7.2011.

MITTLER, Peter. **Educação Inclusiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MONTOYA, A.O.D. **Piaget e a criança favelada: epistemologia genética, diagnóstico e soluções**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MOURA, D.R. et al. **Programa de Saúde: Para Aprender Melhor (PAM)**. Pelotas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Prevalência e características de escolares vítimas de bullying**.Jornal de pediatria. Volume 87, nº1. Jan/Fev 2011.

NAUJORKS, M.I. **Pesquisa em Educação Especial: o desafio da qualificação**. Bauru/SP. EDUSC, 2001.

PADILHA MICS. **Mulher enfermeira nos âmbitos domésticos-familiar e público: uma abordagem teórica-contextual**. Rev Esc Enferm USP. 1995; 29(3): 246-60

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULON, S.M.; FREITAS,L.B.C.;PINHO,G.S. **Documento subsidiário à política de inclusão**. Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2005.

PAVIANI, Jayme. **Problemas de filosofia da educação: o cultural, o político, o ético na escola, o pedagógico, o epistemológico no ensino**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

PEREIRA, P. A. Potyara. Discussões Conceituais sobre Política Social como Política Pública e Direito de Cidadania. In: Ivanete Boschetti; Elaine Behring; Silvana Mara dos Santos; Regina Miotto. (Org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, O.G. **Entrevista**: uma prática discursiva in SPINK, M.J. (org) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas. São Paulo; Cortez Ed. 2000.

PRATES, Jane. **Contribuições da Pesquisa à Política Social**. Pelotas: UCPEL, mar. 2008. Slide.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. **Psicologia e Epistemologia Genética de Jean Piaget**. São Paulo: EPU, 1988.

RESTA, Darielli Gindri; MOTTA, Maria da Graça Corso. **Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família**: uma reflexão necessária à prática profissional. Revista Texto Contexto, enferm. v.14, n.spe. Florianópolis, 2005.

RIGONATTI, S. P. et al. **Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, 2003.

ROHDE, L.A.P. & BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: o que é? Como ajudar? ARTMED, POA, 1999.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos de aprendizagem. Abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, M.P. **Perspectiva Histórica do Movimento Integracionista na Europa**. In: Revista Brasileira de Educação Especial. São Carlos, SP, V.2, n.3, 1995.

SASSAKI, R. K. **Inclusão Construindo uma Sociedade para Todos**. WVA, Rio de Janeiro, 1997.

SENNYEY AL, CAPOVILLA FC, MORAES Cd. **Transtorno da conduta e aprendizagem. Transtornos de aprendizagem da avaliação a reabilitação**. São Paulo Artes Médicas 2008.

SFOGGIA, A.; FURTADO, N.R. **A hiperatividade e o déficit de atenção**. In:FURTADO, N. R. (Org.) **Limites: entre o prazer de dizer sim e o dever de dizer não**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SHALEV R.S, Developmental dyscalculia: prevalence and prognosis. In MOURA, D.R. et al; **Programa de Saúde: Para Aprender Melhor (PAM)**. Pelotas, 2009.

SILVA, V. L. G. **Da profissão: professora**. In: CAMPOS, M. C. S. de S., SILVA, V. L. G. da (orgs.) **Feminização do magistério: vestígios do passado que marcam o presente**. Bragança Paulista: Edusf, 2002. p.95-122.

SOUZA RM. **A criança na família em transformação:** um pouco de reflexão e um convite à investigação. *Psic Rev* 1997; (5):33-51.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** In: *Sociologias* n° 16. Junho/dezembro 2006.

SPOSATI, Aldaíza. **Transferência de renda para a família:** de política residual a direito incondicional de crianças e adolescentes. In *Anais 13º Congresso Internacional da Rede Mundial de Renda Básica (BIEN)*. Brasil: São Paulo, 2010.

STAINBACK, S. & STAINBACK, W. **Inclusão:** um guia para educadores. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TARDIF, M. RAYMOND, D. **Saberes, tempo e aprendizagem do trabalho no magistério.** *Educação & Sociedade*, ano XXI, no 73, Dezembro/00, p.209-244 <http://www.scielo.br/pdf/es/v21n73/4214.pdf> 4. acessado em 01 Novembro de 2011.

TEIXEIRA, Gustavo. **De Conduta.** In: TEIXEIRA G. (Org.). *O Reizinho da Casa*. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

TEIXEIRA, S.M.F. Política Social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Caderno de Saúde Pública*, R.J, 1 (4): 400-417, out/dez, 1985

VITOLO, Y.L.C. FLEITLICH-BILYK, B. GOODMAN, R.. **Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares.** *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5):716-24.

WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia clínica:** uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

WESSHEIMER, Marco Aurélio. **Bolsa Família:** avanços, limites e possibilidades de um programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo:Perseu Abramo, 2006.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N ° 276/2011

Prof.ª Dr.ª Mara Rosange Acosta Medeiros

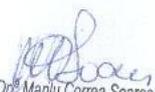
PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "**Os reflexos do programa de saúde Para Aprender Melhor no cotidiano de crianças e adolescentes**" foi **APROVADO**.

Protocolo interno N ° 059/2011

---

  
Prof.ª Dr.ª Manli Correa Soares  
Cogregadora CEP-FEIN-UFPel  
COREN-RS 21885

Pelotas, 08 de agosto de 2011.

**ANEXO 2****ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - MÃE OU RESPONSÁVEL**

## 1) Sexo:

1.1( ) Feminino

1.2( ) Masculino

## 2) Ano de nascimento:

2.1( ) antes de 1950

2.2( ) 1950 a 1959

2.3( ) 1960 a 1969

2.4( ) 1970 a 1979

2.5( ) 1980 a 1989

2.6( ) após 1989.

## 3) Escolaridade:

3.1 ( ) Fundamental incompleto

3.2( ) Fundamental

3.3( ) Médio incompleto

3.4( ) Médio

3.5( ) Superior incompleto

3.6( ) Superior

3.7( ) Especialização

3.8( ) Mestrado

3.9 ( )Doutorado

4) Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

5) Qual a sua ocupação atual? \_\_\_\_\_

6-Qual a maior escolaridade das pessoas que vivem na casa?

6.1( ) Fundamental incompleto

- 6.2( ) Fundamental
- 6.3( ) Médio incompleto
- 6.4( ) Médio
- 6.5( ) Superior incompleto
- 6.6( ) Superior
- 6.7( ) Especialização
- 6.8( ) Mestrado
- 6.9( )Doutorado

7. Renda familiar:

- 7.1 ( ) 0 a 1 salário mínimo
- 7.2 ( ) 1 a 2 salário mínimo
- 7.3 ( ) 3 a 4 salário mínimo
- 7.4 ( ) 4 a 6 salário mínimo
- 7.5 ( ) Mais de 6 salário mínimo

8 A família recebe algum benefício, por exemplo Bolsa Família, PETI? Em caso afirmativo. Qual benefício?

9. Antes de participar do PAM, seu (sua) filho (a) já havia participado/realizado algum tratamento para melhorar o rendimento escolar e o relacionamento familiar? Em caso afirmativo, qual?

10. Como você percebe o comportamento do seu(sua) filho(a), após a intervenção do PAM, em relação a interesses, dificuldades e relacionamento com os colegas e professores? Comente sua resposta.

11- Como você percebe o comportamento do seu(sua) filho(a), após a intervenção do PAM, em relação à convivência, dificuldades e relacionamento com os irmãos, familiares e vizinhos? Comente sua resposta.

12. Se você tivesse que dar uma nota de 0 (zero ) a 10 (dez) para o seu (sua) filho(a):  
Antes da participação no PAM a nota seria \_\_\_\_\_

Depois da participação no PAM a nota seria\_\_\_\_\_

Comente sua resposta:

13. Quais as sugestões que você daria para a equipe que atua no PAM?

**ANEXO 3****ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA- PROFESSOR(A)**

## 1) Sexo:

1.1( ) Feminino

1.2( ) Masculino

## 2) Ano de nascimento:

2;1( ) antes de 1950

2;2( ) 1950 a 1959

2.3( ) 1960 a 1969

2.4( ) 1970 a 1979

2.5( ) 1980 a 1989

2.6( ) após 1989.

## 3) Há quanto tempo você atua como professor?

3.1 ( ) menos de 3 anos

3.2( ) De 3 anos a 6 anos

3.3( ) De 6 anos a 9 anos

3.5( ) De 9anos a 12 anos

3.6( ) Mais de 12 anos

## 4-Qual sua carga horária semanal de trabalho?

4.1 ( ) Até 20 hs

4.2( ) De 20 a 30hs

4.3( ) De 30 a 40hs

4.4( ) Mais de 40 hs

## 5. Qual a sua escolaridade?

5.1( ) Ensino Médio e/ou magistério

5.2( ) Superior Completo

- 5.3( )Especialização concluída
- 5.4( )Especialização em andamento
- 5.5( )Mestrado concluído
- 5.6( )Mestrado em andamento
- 5.7( )Doutorado concluído
- 5.8 ( )Doutorado em andamento
6. Já participaste de capacitação envolvendo o ensino e o aluno com transtorno de conduta?
7. Quanto tempo trabalhas ou trabalhaste com crianças participantes do Programa de Saúde PAM?
- 8.Quantos alunos participantes do PAM foram teus alunos?
- 9.Como se desenvolveu teu trabalho junto a crianças com TC?
10. Como você percebeu o comportamento do dos alunos participantes do PAM, em relação à convivência e relacionamento com os colegas e professores? Comente sua resposta.
11. Como você percebeu o comportamento dos alunos participantes do PAM, em relação ao rendimento escolar? Comente sua resposta.
12. Se você tivesse que dar uma nota de 0 (zero ) a 10 (dez) para o os seus alunos participantes do PAM.
- Antes da participação no PAM a nota seria \_\_\_\_\_
- Depois da participação no PAM a nota seria \_\_\_\_\_
- Comente sua resposta:
- 13 .Como você avalia as intervenções do PAM junto aos alunos com transtorno de conduta?
14. Quais as sugestões que você daria para a equipe que atua no PAM?