



Uma passagem pelos atendimentos às queixas escolares em serviços de saúde do Estado de São Paulo

Fernanda França Rímoli
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo, 2013

SUMÁRIO

1	Introdução	2
2	Teorias Revisitadas	4
3	Contextualização do Atendimento à Saúde	7
4	Método	10
5	Análise	11
6	Considerações Finais	17
7	Bibliografia	20



1 INTRODUÇÃO

Ao pesquisarem-se os atendimentos de crianças e adolescentes em diversos serviços psicológicos públicos, como Clínicas Escolas e Unidades Básicas de Saúde, verifica-se a grande demanda por orientação às queixas escolares, muitas vezes representadas por encaminhamentos das instituições educacionais.

A procura da autora pelo curso de aperfeiçoamento Orientação à queixa escolar ocorreu devido ao alto índice de recebimento de crianças e adolescentes encaminhados pela Secretaria da Educação, a partir de solicitações dos próprios professores e coordenadores, à Unidade de Saúde Avançada Parque Santana, referência em atenção básica no Município de Santana de Parnaíba, local de trabalho da mesma. Inclusive, em artigo utilizado para pesquisa (Cabral; Sawaya, 2001 apud Machado, 1991; Souza, 1993) afirmam que 50% a 70% das crianças e adolescentes encaminhados para os serviços de saúde têm como queixa dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento na sala de aula ou fora dela.

Diante do questionamento sobre como atender de forma abrangente e eficiente, encontrou no curso de aperfeiçoamento a possibilidade de refletir teórica e praticamente sobre como fazer a relação entre o trabalho da clínica psicológica, que executa no Posto de Saúde citado, com as questões ambientais influenciadoras do sofrimento escolar, entre elas: políticas públicas, condições de ensino, racismo, machismo, preconceitos em geral, história escolar da criança etc.

No decorrer do curso de aperfeiçoamento na USP, a autora concluiu que se trata de uma abordagem de extrema relevância social, uma vez que não patologiza a criança, utiliza-se de conhecimentos a respeito das políticas públicas exercidas na atualidade, autores palestrantes refletindo a respeito de temas atuais e relacionados ao cotidiano escolar, assim como a opção por uma fundamentação teórica da psicanálise de Winnicott, D.W., a respeito do desenvolvimento infantil, na qual prevalece o olhar sobre o potencial dos indivíduos, considerando-se questões ambientais e sociais.



Portanto, essa leitura social frente ao fenômeno das queixas escolares pareceu-lhe extremamente importante e, por isso, questionou-se sobre como é a atividade prática do psicólogo nos atendimentos de Saúde, visando ampliar o conhecimento a respeito deste tema, para posteriormente, investir na criação de projetos no Município de Santana de Parnaíba, intervindo substancialmente para reflexão e atuação nos serviços de Saúde Mental.

Refletir sobre a conduta do psicólogo clínico/ hospitalar diante de problematizações como esta se faz necessário, uma vez que a maioria dos cursos de graduação em Psicologia não aborda esta interface entre Saúde e Educação, mesmo percebendo-se ser uma questão de Saúde Pública. Afinal, a escola é uma instituição que tem grande influência no desenvolvimento emocional do indivíduo, é fonte de socialização e formação da personalidade.

Por isso, verifica-se que a escola, tanto tem enorme potencial libertador para as crianças e adolescentes, quanto desmotivador do desenvolvimento do jovem, quando imersa em relações de sofrimento.



2 TEORIAS REVISITADAS

O atendimento às queixas escolares, conforme citam Souza; Sobral (2010) em artigo publicado no livro *Orientação à Queixa escolar* (p.119) nos exige, ao observar as demandas, a percepção de que há fatores de origem externa ao indivíduo produtores destas queixas, a política pública existente há de ser considerada, assim como fenômenos de origem coletiva, como a predominância do sexo masculino nos atendimentos.

Aquela criança ou adolescente que chega ao serviço de atendimento, seja nos atendimentos de Saúde dos Municípios, postos de Saúde, ou no próprio serviço de Orientação à Queixa escolar da Universidade de São Paulo, muitas vezes, contém percepções a respeito de si como responsável pelo fracasso, cabe ao profissional averiguar tanto os fatores internos e da família nuclear, quanto os sociais, os quais não podem ser descartados.

Souza; Sobral (2010) referem em levantamento de 2001 a 2005, citado no livro *Orientação à Queixa Escolar*, que se trata de 79% de demanda de meninos para atendimento e apenas 21% de meninas, em serviço da U.S.P.(Universidade de São Paulo), porcentagem esta bastante próxima aos dados das Clínicas Escola e Serviços de Saúde pesquisados.

Além disso, as mesmas autoras referiram que, em 2005, que as idades onde mais se encaminham crianças para essas instituições são 7 aos 12 anos, quando estão ingressando no Ensino Fundamental, diante de novos conteúdos escolares e um formato diferenciado de ensino, assim como o ingresso ao sexto ano, do segundo ciclo, quando as matérias são transmitidas através de diversos professores. Questiona-se, portanto, o quanto a entrada precoce no Ensino Fundamental tende a produzir o fracasso escolar, uma vez que aos 7 anos, a criança insere-se ou na primeira ou segunda série e nestas, há maior probabilidade de encaminhamento para ajuda do Psicólogo e esperança de que esse atendimento contribua para o desenvolvimento da mesma (p. 125).

O encaminhamento frequente de crianças em idade de alfabetização (6 anos), apesar de em menor porcentagem (5%), nos faz pesquisar os possíveis efeitos desmotivadores no processo de aquisição da leitura e escrita, considerando como fator agravante, a presença



de enorme exigência às crianças nesta fase.

As crianças que cursam o segundo ciclo do Ensino Fundamental I são menos encaminhadas que as pertencentes às séries do primeiro ciclo, como terceira e quarta série, havendo diferença de 49

Já a profunda queda da procura por adolescentes maiores de 13 anos, retratada na pesquisa de Souza (2005) é compreendida como se a dificuldade de escolarização após os 13 anos possivelmente acarreta o abandono escolar, uma vez que devido à idade, não se investe no aluno com a mesma esperança. (Souza apud Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2005)

Pensando-se no olhar do psicólogo que acolhe nos centros de saúde as crianças advindas da escola, considera-se relevante observar a formação que o mesmo adquiriu durante a graduação, para se compreender sua conduta e técnica de atendimento quando há queixas escolares.

“...é comum psicólogos se formarem sem terem tido qualquer contato com uma escola, mesmo com toda a literatura produzida pela psicologia escolar em uma concepção crítica nos últimos vinte anos.” (Patto, 1999; Souza, 2009; Machado, 1994; Freller, 2001).

Partindo-se de uma concepção muito enraizada na clínica, o psicólogo que avalia essas crianças raramente vai à escola ou entra em contato com os professores, a fim de compreender as condições escolares produtoras do fracasso, limitam-se, muitas vezes ao relatório formal remetido à instituição de saúde.

Para ampliação desta visão do psicólogo, ainda estreitada, pois se esquece da função educativa da escola, faz-se necessário compreender como são organizadas as relações escolares, a dinâmica institucional e os preconceitos engendrados no cotidiano escolar. Requerendo trabalhar junto à equipe escolar, com contribuição teórica não só das teorias da psicologia, mas também da literatura educacional (Patto 1999; Souza 2005; Correia, 2011).

Collares & Moyses (1996); Patto (1990) revelam em seus estudos que as crenças de que a população não aprende porque possui deficiências advindas das dificuldades econômicas presentes em suas vidas, que não permitem boa alimentação, nem que seus pais se façam presentes, além da crença na desestruturação familiar, interferem no relacionamento com os alunos, uma vez que ficam desacreditados, atribuem-nos deficiência, por isso deixam de ensiná-los de maneira que os estimulem e considerem seu potencial. Fato este, sim, produtor de dificuldade de aprendizagem, uma vez que determinados alunos recebem



pouco investimento.

Desta maneira, conforme Balbino (1990) aponta, os psicólogos em formação pouco aprendem a relacionar a teoria à prática, pois, nem todos os cursos de graduação enfatizam reflexões sócio-políticas, as quais os situariam a respeito da situação da educação brasileira, as políticas públicas diretamente influenciadoras na dinâmica escolar e conseqüentemente na relação professor-aluno, e estudos como um todo.

(Braga, Sabrina Gasparetti; Morais & Salum, Maria de Lima apud Diemenstein, 2000, p 96) ao descreverem o quanto a formação do psicólogo adota um modelo hegemônico, caracterizado por um ideário individualista, ao considerar o ser individual, autônomo, independente dos vínculos e determinantes culturais e sociais.



3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE

No Brasil, considera-se o assistencialismo como uma abordagem comum na saúde.

Gerson Zanetta de Lima (1985) comenta que no campo da Saúde Escolar, se tem historicamente a concepção de que há igualdade de oportunidades a todos, o que se estende à Saúde, isto é, o conceito de que vivemos em uma sociedade liberal que proporciona oportunidades semelhantes às pessoas, acesso igualitário aos serviços e mesma probabilidade de adoecer, desconsiderando-se as diferenças sociais e econômicas.

Ao perceber-se que o assistencialismo gera a intenção de se resolver instantaneamente o problema identificado, estende-se essa atitude à maneira de se atender à demanda, inclusive quando se trata de queixas escolares, partindo-se da hipótese de que o indivíduo está doente e necessita de cura. Ao resolver a queixa sem motivar uma transformação também em seu ambiente de vida, institui-se a probabilidade de que a pessoa volte a adoecer, pois permanecerá nas mesmas condições de antes, geradoras de sofrimento.

“ Conquistar saúde envolve uma postura pessoal e uma ação coletiva que vão comprometer a comunidade e as instituições que a servem numa busca e luta comuns” (Morais; Salum, Souza, 2005 in Saúde e Educação Muito Prazer, p.41)

A partir de 1981 iniciou-se a inserção do psicólogo em equipes de atenção primária no município de São Paulo, na atenção básica, ou seja, nas UBSs.

Na gestão de Mario Covas como governador do Estado, assistiu-se uma mudança nos pilares de saúde, calcada de democratização dos serviços, integrando- os, regionalizando- os e hierarquizando-os. No município de São Paulo, houve estagnação deste processo enquanto Jânio Quadros estava gerindo, mas em 1989, com a entrada de Luiza Erundina enquanto prefeita, divulgando-se que as práticas sociais estavam diretamente ligadas ao processo saúde/doença. Foi neste momento que as instituições escolares começaram a procurar as UBSs para que juntas descobrissem o que levava as crianças a adoecerem ou serem consideradas “doentes”.



Também em 1989, o governo de São Paulo, passou a reforçar as equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, contratando maior número de psicólogos, psiquiatras, além de incluir terapeutas ocupacionais. Neste momento, valorizaram-se, nos trabalhos de Saúde Mental, diretrizes como a transdisciplinariedade, ações intersetoriais e um olhar mais atento ao perfil epidemiológico/ social da realidade de cada território. Paralelamente destacou-se o investimento em educação popular, ampliando o conceito de saúde, respondendo às demandas não somente com intervenções médicas. (Braga, 2007)

Entretanto, essa forma de conduzir a saúde no Município de São Paulo modificou-se, uma vez que se privatizou a saúde pública, havendo a implantação do Plano de assistência à saúde (PAS), que não assumia a responsabilidade por ações coletivas em saúde mental, o que era incompatível com a política do SUS (Lopes, 1999).

Posteriormente, com a reintegração da saúde ao SUS, em 2001, a Atenção Básica, principalmente o Programa Saúde da família ocupa lugar bastante importante na organização de Saúde Mental, em São Paulo, município.

Conforme demonstrado por (Souza; Salum; Moraes, 2005), dentre as atividades relacionadas à saúde Primária, realizada na UBS, podemos citar a Promoção, Proteção e Prevenção de Saúde. Pensando-se em saúde do escolar, nos atendimentos realizados no ambulatório das unidades de saúde, especificamente, pensaremos a respeito da prevenção, a qual pode ser diferenciada em 3 formas:

- prevenção primária: busca evitar o aparecimento de doenças
- prevenção secundária: busca prevenir o agravamento de doença
- prevenção terciária: ações para diminuir as sequelas deixadas pelo agravo à saúde

Para se agir amparado por uma proposta preventiva diante das queixas existentes no ambiente escolar, é preciso considerar a situação administrativa das instituições, limites e possibilidades estruturais de atuação, escolhas e ideologia dos profissionais envolvidos, considerando-a também como uma prática social. Inserido nessas prerrogativas para o trabalho de atendimento, destacam-se a consciência que o educador tem da problemática e o posicionamento da Unidade de Saúde diante das demandas por atendimentos aos alunos encaminhados, frequentemente, pelas instituições de ensino.

“A consciência da criança não é algo individual, é o reflexo da fração da sociedade da qual participa, das relações sociais, tais como elas se concentram na família, na vizinhança, aldeia, etc.” (Souza, Salum; Moraes 2005, apud Gramsci, p. 131)

“Nessa perspectiva, a prática do psicólogo deve ser norteada pela dialéti



ca entre a vida e o conhecimento teórico, o que nos faz ver que o sujeito de nossa ação não deve ser reduzido, nem em parte, a uma amostra quantitativa.” (Souza, Salum e Morais, Saúde e educação Muito Prazer, p 43)



4 MÉTODO

A fim de se averiguar as publicações já existentes a respeito da atuação do psicólogo em atendimentos às queixas escolares nos Centros de Saúde da rede pública, como Postos de Saúde e Clínicas escola, optou-se por uma revisão bibliográfica acerca do tema.

Considerou-se materiais como artigos, periódicos e livros que descrevem pesquisas a respeito de atuações práticas do psicólogo da Rede Pública diante dos encaminhamentos escolares.

Teve-se como principal foco as concepções teóricas, técnicas utilizadas e as intervenções dos profissionais psicólogos, descritas nos trabalhos revistos pela autora.

Questionou-se neste texto, a maneira como a queixa escolar é entendida, havendo como hipótese que, possivelmente, o funcionamento da instituição escola, no Brasil, é pouco considerado na avaliação e diagnóstico dessas crianças e adolescentes.

A autora utilizou de fontes de pesquisa como Scielo e Dedalus-Usp, através da Internet e biblioteca de referência do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Majoritariamente trabalhos do Estado de São Paulo e da região Sudeste foram encontrados. Por isso, trata-se somente de uma pequena amostra a respeito do tema.



5 ANÁLISE

Nessa pesquisa, a autora ao utilizar-se de dados presentes em artigos a respeito da conduta do psicólogo nas instituições de Saúde de alguns municípios do Estado de São Paulo ao atender casos de pessoas com queixas escolares, obteve-se descrições a respeito de atuações em alguns serviços específicos, os quais serão mencionados a seguir:

- Quatro cursos de Psicologia da Capital do Estado de São Paulo, centrada nas disciplinas: Psicologia Escolar e Clínica, prontuários das Clínicas- escola. (SOUZA, 1996)

- Unidades Básicas de Saúde, Clínicas- Escolas e Centros especializados, na cidade de Ribeirão Preto (SP). (SAWAIA, 2001)

- Distrito de Saúde de Grajaú/ Interlagos e Parelheiros (SOUZA; SALUM; MORAIS, 2005)

- Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo (Braga, 2007)

Há contextos diferentes nos atendimentos de Saúde analisados por meio das pesquisas abordadas neste texto, o que substancialmente influencia os dados obtidos, contudo, confirmam-se condutas semelhantes no que desrespeito ao atendimento dos psicólogos às queixas escolares, independentemente dos locais de trabalho referidos.



TABELA DOS ATENDIMENTOS ÀS QUEIXAS ESCOLARES- GRAJAÚ E PARELHEIROS

CONDUTA	GRAJAÚ E PARELHEIROS		Envolvendo comp. na escola		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Psicodiagnóstico	75	18,1%	6	1,4%	81	19,6%
Terapia individual com a criança	50	12,1%	2	0,5%	52	12,6%
Terapia em grupo com a criança	46	11,1%	2	0,5%	48	11,6%
Orientação Familiar	77	18,6%	8	1,9%	85	20,5%
Terapia Familiar	2	0,5%	1	0,2%	3	0,7%
Encam. Outro profissional	42	10,1%	7	1,7%	49	11,8%
Observação na escola	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
Entrevista com professor	7	1,7%	0	0,0%	7	1,7%
Orientação ao professor	26	6,3%	6	1,4%	32	7,7%
Ação coletiva de saúde	5	1,2%	0	0,0%	5	1,2%
Encam. para equipamento social	26	6,3%	2	0,5%	28	6,8%
Outras	20	4,8%	2	0,5%	22	5,3%
	378	91,3%	36	8,7%	414	

A partir da tabela representada acima, por meio de dados da pesquisa de Souza; Morais; Salum (2005) é possível averiguar quais as técnicas mais utilizadas pelos profissionais da Saúde no atendimento às queixas escolares, quando se trata do Distrito de Grajaú/Interlagos e Parelheiros. Destacam-se condutas individualizantes como o psicodiagnóstico e terapia clínica, grupos terapêuticos e principalmente terapias familiares. O contato com a escola da criança ou adolescente atendido devido à problemas de aprendizagem ou de comportamento na mesma, é demasiadamente restrito, e quando ocorre, representando 7% das abordagens, apresenta-se como orientação ao professor. Vê-se também que em 6,8% dos casos encaminha-se o jovem a algum equipamento social, o que pode sugerir ações distintas dos atendimentos psicológicos como forma de cuidado e estímulo àquele que por algum motivo é referido como um aluno com o desenvolvimento questionado em ambiente escolar.

Na tese de Souza (1996) pode-se ir mais à fundo na análise da conduta dos profissionais, questionando-se, inclusive, embasamentos teóricos de referência dos mesmos, ao averiguarem-se as condutas. Dentre as quatro clínicas-escola pesquisadas por meio dos prontuários dos pacientes atendidos, pôde-se perceber que três, das cinco delas se utilizam, na triagem, de entrevistas com abordagem psicanalítica, com roteiros bastante semelhantes. Centram-se em explicações sobre o contexto familiar e desenvolvimento da criança e situação econômica para justificarem o encaminhamento para atendimento



à queixa escolar. Uma das instituições utiliza mais de uma entrevista para a triagem e uma abordagem fenomenológico- existencial, proporcionando que a pessoa atendida possa responder às possíveis perguntas do psicólogo naturalmente, devido ao maior tempo disponível, além de pautar-se, não somente às etapas do desenvolvimento psicosssexual de Freud ou em hipóteses calcadas em dificuldades no âmbito estritamente emocional e familiar estimulando a pessoa atendida a se implicar em seu processo.

Em composição com as estratégias de atendimentos já citadas, em pesquisa de Sawaia (2001), constatou-se que 94% dos psicólogos utilizam testes psicodiagnósticos como medida de avaliação das supostas capacidades das crianças e adolescentes, apesar de fazerem críticas a respeito da maneira de se ter determinados resultados segundo os testes, o que os conduz à prática da anamnese como complemento, em busca de informações familiares, dados de saúde da criança e possíveis causas da dificuldade escolar.

Analisando os relatórios finais dos pacientes das Clínicas- escola Souza (1996) também descreveu em sua tese que a mesma clínica citada acima, a qual faz uso da abordagem Fenomenológica- existencial, utilizou-se de termos menos técnicos ou acadêmicos, mais descritivos e analíticos em seus relatórios, apesar disso, têm-se como hipóteses explicações voltadas à dinâmica familiar. Um aspecto recorrente na análise dos psicólogos envolvidos neste atendimento é a consideração de que doenças sofridas pelas crianças nos primeiros anos de vida, seguida de separação materna, causaram os problemas escolares, o que os fazem encaminhar pais ao atendimento e crianças à ludoterapia, sem que haja outras perguntas mais esclarecedoras a respeito da queixa acolhida, sem ao menos abordar a história escolar.

Inclusive, no trabalho de pesquisa realizado por Braga (2007), tem-se mais percepções a respeito este aspecto, constatou-se que a abordagem mais utilizada pelos profissionais de Psicologia é a orientação familiar (24,7%) e, independentemente da queixa, utilizam-se destes e outros mecanismos como terapia individual(15,3%), e grupal (20,5%) em sua atuação profissional nas UBSs da região Norte do município de São Paulo. Somente em 1% destes atendimentos houve entrevista com os professores.

Há também, em 52% dos atendimentos pesquisados por Sawaia (2001) a orientação aos pais, a qual visa orientá-los à respeito de comportamentos esperados da criança em sala de aula que podem ser cultivados no ambiente familiar, demonstrando a eles a necessidade de se colocar limites aos filhos, enaltecendo a importância de suas participações junto a escola e atividades escolares da criança.

Verificou-se a existência de um projeto chamado “Escola de pais”, no qual havia



cinco aulas aos pais explicando como ajudar seus filhos a se desenvolverem bem na escola. Presume-se neste que quando os responsáveis assumem seu compromisso com a prole, extinguirão os problemas escolares dos filhos . Sawaia (2001)

Souza (1996) retrata que para instrumentalizar-se para avaliação diagnóstica, conduta esta também preponderante em todas as pesquisas descritas neste trabalho, os testes prevalecem como opção dos profissionais psicólogos. Por meio deste meio de análise, avaliam-se muito mais o percurso escolar que a capacidade do indivíduo se desenvolver afinal, se utilizam de termos aprendidos na escola, como perguntas que gerarão pontos influenciadores no resultado, principalmente nos testes de inteligência.

Os testes mais aplicados nas Clínicas-Escolas pesquisadas por Souza (1996), especificamente, foram os projetivos, como H.T.P.; o C.A.T., hoje não permitido; e a técnica do Desenho da família.

Apesar de o C.A.T. ser útil para determinar quais fatores dinâmicos se relacionam às reações infantis num grupo ou escola, por exemplo, percebe-se que a análise do fato relacionado à escola, volta-se ao passado, mesmo que, a relação professor e aluno, seja atual e mobilizadora de sentimentos não necessariamente relacionados às fantasias infantis.

Em 93% das crianças atendidas nas Clínicas- escola, Souza (1996) refere que os testes aplicados foram projetivos, portanto, aqueles testes mais psicopedagógicos, foram evitados, segundo esta amostra pesquisada pela autora. Considera-se importante ressaltar que quando os psicólogos os utilizam, têm dificuldades na interpretação qualitativa destes testes. Ao aplicarem o WISC, por exemplo, limitam-se à exposição dos resultados quantitativos, no laudo, distorcendo a avaliação como um todo ao desconsiderarem outros aspectos.

Constatou-se até que houve casos de crianças da mesma sala, todos encaminhados para algumas das clínicas, mas atendidos separadamente, sem que considerassem afastamento da professora ou dificuldades de adaptação, dados estes, provavelmente, muito relevantes para a avaliação do caso (Souza, 1996).

Existiu uma única clínica- escola pesquisada que adotou o procedimento de reunir as queixas escolares por escola e encaminhá-las para o serviço de Psicologia Escolar da instituição, para que atendessem, também, as escolas que estivessem com grande número de encaminhamentos para atendimentos psicológicos dos estudantes.

Outra clínica de formação de alunos, também exceção, demonstrou ter relatórios diferenciados dos demais, isto é, seus relatos fundamentaram-se em modelos construtivistas



e psicanalíticos ao abordar o problema de aprendizagem, ressaltando inclusive conquista das crianças na relação de grupo. Souza (1996).

Vale ressaltar que Sawaia (2001) identificou em sua pesquisa que os psicólogos entrevistados tratam-se de profissionais com grande experiência e alto nível de qualificação, 63% têm especialização pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, na área de atendimento à Saúde: Psicopedagogia, Psicologia Clínica e atendimento a crianças e adolescentes. Desses mesmos psicólogos, 26% mestrado e 5% doutorado na área de educação. Mais da metade deles já atuaram em instituições de ensino, como psicólogo clínico, em centros de educação especial, ou psicólogos escolares.

Dentre as práticas comuns entre estes profissionais, ao atenderem queixas escolares, o Psicodiagnóstico também está em primeiro lugar (94%), seguido do atendimento Ludoterápico (74%), em terceiro, Entrevista de Anamnese (63%), Atendimento Psicopedagógico (58%) e Orientação aos Pais (52%). Superando os dados constatados nas demais pesquisas, as entrevistas com professoras acontecem em 37% dos casos e a reunião multiprofissional 16%. (os demais dados podem ser conferidos acessando a fonte referenciada).

As atividades feitas em sessão pelo psicólogo, junto à criança e adolescente, direcionam-se à “ludoterapia” ou “atendimento psicopedagógico”, em que busca-se desenvolver habilidades que alimentam o processo de ensino-aprendizagem, como por exemplo leitura, interpretação de texto, jogos para desenvolver raciocínio, memória, atenção etc.; discussão de temas estimuladores de habilidades sociais; atividades expressivas, dramáticas, lúdicas e relaxantes, entre outras. Têm preferência por atividades lúdicas, mas o fazem simultaneamente às psicopedagógicas.

Sawaia (2001) destaca um tema importante, através da informação que 42% dos profissionais fazem encaminhamentos para outras áreas da saúde, como a psiquiatria, fonoaudiologia, oftalmologia, terapia ocupacional e serviço social, afinal, a partir deste dado, questiona-se se esses encaminhamentos não decorrem na psicologização ou até medicalização da criança e adolescente, quando muitas vezes, pode não haver dificuldades individuais, mas sim geradas por um contexto social e escolar.

Dentre as avaliações relacionadas às condutas e técnicas utilizadas pelos psicólogos nestes serviços de saúde, Sawaia(2001) cita que os mesmos consideram os resultados do trabalho positivo, mas afirmam que há problemas sem resolução pois fogem da sua alçada. como a desistência da família ao tratamento, o desinteresse dos pais, a falta de colaboração da família e da escola. Os profissionais parecem não se questionar sobre os



efeitos de seu trabalho que podem contribuir para o desinteresse no tratamento.

Há também, críticas à estrutura oferecida, ao pouco tempo para atender de maneira aprofundada, diante da alta demanda; à proposta do atendimento psicológico do ponto de vista metodológico e conceitual pois não resolve o problema da escola, mas a consequência do problema gerado pela mesma, equiparadas às avaliações positivas sobre o atendimento psicopedagógico e/ou clínico, as quais desconsideram que a maioria das queixas escolares motivadores dos encaminhamentos é produzida pela escola.

Os profissionais, talvez, diante desta dificuldade, acreditam que trabalhar a auto-estima da criança, através do processo lúdico, contribui para que o mesmo lide com os acontecimentos desagradáveis da escola, já quando a queixa desrespeito à problemas de aprendizagem, volta-se ao desenvolvimento de atividades psicomotoras , habilidades cognitivas favorecedoras do pensamento lógico, produção matemática e escrita da língua, desconsiderando as críticas construtivistas, as quais pressupõem que a escrita seja decorrente da simbolização de suas próprias construções. (Ferreiro & Teberosky, 1991).



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta passagem por pesquisas que contém registros detalhados da atuação profissional do psicólogo da saúde atendendo às queixas escolares, pôde-se inferir que estes atendimentos repercutem, na prática, a formação dos psicólogos, os quais estão profundamente influenciados por uma conduta clínica individualizante ao analisarem prováveis fatores constituintes das dificuldades escolares, além de reproduzirem o modelo escolar instituído, exercitando nos atendimentos com as crianças e adolescentes atividades adaptadas às exigências da escola, na maioria das vezes sem meios diferenciados para avaliarem o desenvolvimento da pessoa atendida de forma a deixá-la à vontade para demonstrar seu potencial.

É verdade que na queixa escolar também há questões emocionais envolvidas, como baixa autoestima, autoimagem negativa, imaturidade e dificuldade no relacionamento, justificando-se a psicoterapia de apoio, entretanto, não se exclui a necessidade de investigar as relações escolares e contexto social, afinal, esses sintomas são, muitas vezes, a consequência da queixa escolar.

Winnicott (2001) reflete sobre o papel dos educadores como agentes sociais. Segundo o autor, todos os envolvidos na função de educar a criança e o adolescente devem fornecer “holding” no ambiente em que esta prática acontece, o que significa tratar o aluno ou paciente, segundo suas necessidades. Desta forma, o termo inclusão, quando realmente praticado a todos, indica uma atitude de “holding”. O acolhimento adequado pode ajudar a criança regida por exigências externas diferentes de suas necessidades a se tornar mais espontânea e autêntica, facilitando seu aprendizado.

Neste sentido, os testes podem impossibilitar o aluno que se encontra paralisado na condição daquele que tem dificuldade de aprender, devido a uma história escolar conturbada, repleta de mal-entendidos. Sem que haja um ambiente acolhedor, torna-se difícil para a criança ou adolescente demonstrar suas possibilidades de aprendizado, fato este que só alimentará a percepção de incapacidade que a criança ou adolescente pode ter de si mesma.



Portanto, diferentemente da maioria das ações constatadas nesta pesquisa, o psicólogo necessita olhar para a escola sem reproduzir possíveis falas patologizadas presentes em muitos relatórios encaminhados à saúde, mas sim contribuir para que estes educadores reflitam sobre suas práticas, utilizando o conhecimento a respeito do aluno com quem convive diariamente. Para isso, adota-se sempre uma postura tolerante e criam-se condições para que a criança desfrute de liberdade, com regras e limites. Nada mais importante do que o papel da brincadeira, técnica bastante indicada nos atendimentos às crianças com queixas escolares, pois mistura e concilia o manejo do mundo objetivo e a imaginação.

Atualmente, alguns fatores influenciam a prática do psicólogo nas redes de saúde. Nas instituições analisadas nas pesquisas selecionadas, pode-se considerar que o ambiente de atendimento e o horário restrito para uma grande demanda de encaminhamentos, dificultam o atendimento personalizado: com investigação do histórico escolar e contato com as escolas. Este mesmo contato, talvez ainda não esteja instituído como prática do psicólogo que atua nas redes públicas citadas, muitas vezes não há entendimento da gerência ou valorização deste aspecto, por isso, torna-se um objetivo dos próprios profissionais a instauração destas práticas, ao reconhecerem a importância do contato entre a Saúde e a Educação.

Vale ressaltar também que o atendimento adequado às necessidades das crianças ou adolescentes com queixas escolares não são feitos por aqueles profissionais que mais cursos contêm em seu currículo, pois conforme se constatou muitos deles são bastante gabaritados, fizeram mestrados e estudaram sobre educação. Há, sobretudo, grande influência da grade curricular destes cursos, que transmitem a estes profissionais estudantes, valores formados pela escola homogeneizante que temos hoje, além do modelo de atendimento estritamente clínico, o qual observa os fenômenos amparados por um conteúdo da história individual da pessoa atendida.

Assim como se verificou em somente uma clínica-escola analisada por Souza (1996), deixar que a criança ou adolescente fique à vontade para expor seus sentimentos e maneira de ser no mundo, impede que preconceitos daquele que os atendem estimulem a reprodução dos rótulos criados ao longo do tempo, já internalizados. Em contraponto, possibilitam através da tolerância à personalidade da criança, uma postura mais espontânea e autêntica.

Para que o profissional possa sentir-se seguro ao atender queixas escolares, geradoras de tantas dúvidas, sugere-se a reunião multiprofissional como fonte de debates e reflexões sobre os casos atendidos, facilitando a crítica impulsionadora de práticas mais eficazes.



Entretanto, sabe-se que este movimento é também pouco reconhecido pelos gestores das instituições como parte trabalho, tornando esta mais uma batalha dos psicólogos, os quais inicialmente necessitam reconhecer a importância desta troca interdisciplinar, para posteriormente demonstrarem a necessidade desta atuação em conjunto. Sugere-se, sobretudo, que o trabalho interdisciplinar estenda-se, promovendo reuniões periódicas entre os profissionais da Saúde, Educação, Esportes, Cultura e Bem-estar social. Os efeitos da baixa autoestima gerada pela dificuldade escolar, ou vice-versa, podem inclusive ser minorados por outras vias, que não a psicoterapia, por meio do esporte grupal, da convivência, da brincadeira, em oficinas de arte e artesanato.

Se, no entanto, o ambiente escolar não for aberto à brincadeira, & os recreios serão tanto mais selvagens quanto as aulas forem mais opressoras ou supostamente sérias & (Winnicott, D.W. in Família e o desenvolvimento individual).

Por fim, sugere-se a expansão do conhecimento direcionado as práticas que relacionam a Saúde do escolar, exercitando-se novas formas de atendimento, que beneficiem as crianças e adolescentes atendidos, em prol de seus desenvolvimentos.



7 BIBLIOGRAFIA

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3, 53-81.

Freller, C. C., Souza, B. P, Angelucci, C. B., Bonadio, A. N., Dias, A. C, Lins, F. R. S., & Macedo, T. E. R. (2001). Orientação à queixa escolar. *Psicologia em Estudo*.

Lopes, I. C. (1999). A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. In M. C. T. Vieira & M. C. G. Vincentim (Eds.), *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996* (pp. 42-64). Taubaté, SP: Cabral. 2, 129-134.

Morais, M. L. S., & Souza, B. P. (2005). Saúde e educação: *muito prazer! Novos rumos no atendimento à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz.

Souza, M. P. R. (1997). A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: A. M. Machado & M. P. R. Souza (Eds.), *Psicologia escolar: em busca de novos rumos* (pp. 19-37) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D.W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Winnicott, D.W. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.