



Indicativos para uma proposta de Orientação à Queixa Escolar no Sistema Único de Saúde (SUS): uma intervenção possível

Bárbara Caroline Celestino Palhuzi;
Cíntia Trombaili Nery; Jaqueline Lima da Silva Nery;
Márcia Justino da Silva; Ruzia Chaouchar dos Santos;
e Tarsila Maria Ovelheiro
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo, 2019



SUMÁRIO

1	Para início de diálogo	2
2	Significações em torno da produção da queixa escolar: interfaces entre a Educação e a Saúde	5
3	Método	16
3.0.1	Concepções imbricadas na produção da queixa escolar: da educação à saúde	18
3.0.2	O percurso da queixa escolar entre a Educação e a Saúde: nuances em torno dessa problemática	18
4	Apresentação e discussão dos dados	20
4.0.1	Conhecendo o cenário da proposta	20
4.0.2	Descrição atual dos atendimentos referentes à demanda de queixa escolar	23
5	Indicativos de uma proposta de atendimento na Atenção Básica inspirada nos princípios da OQE	30
5.0.1	Matriciamento com as escolas	30
5.0.2	Intervenção grupal com base nos princípios da OQE para Unidade de Saúde da Família	31
6	Considerações finais	36
7	Bibliografia	38
	Anexo A – Documentos de autorização do uso de dados	43



1 PARA INÍCIO DE DIÁLOGO

Estudos recentes denunciam que 50% a 70% das crianças e adolescentes dirigidos(as) aos dispositivos públicos de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIs) e as clínicas escolas dos cursos de graduação em Psicologia, apresentam como demanda as queixas escolares relativas ao não aprender no processo de escolarização (Machado, 1997).

Boarini (2013) ao consultar os prontuários dos(as) usuários(as) atendidos(as) por uma unidade de atendimento à saúde mental infantojuvenil localizado no município no estado do Paraná, constatou que o direcionamento dos(as) aprendizes para este serviço estava relacionado a responsabilização das crianças e(ou) adolescente pelas dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento no transcorrer das vivências escolares. Consequentemente, as práticas de encaminhamento dos(as) alunos(as), que não correspondem ao esperado em relação ao rendimento escolar, para os serviços especializados de saúde tem se tornado uma via recorrente para educadores(as) que muitas vezes, desconhecem e/ou desconsideram a sua própria atuação na construção de estratégias de enfrentamentos face a essa problemática existente no processo de escolarização (Souza, 2000).

Sob este aspecto, os percursos das queixas escolares (Souza, 2015) oferecem indicativos de que as questões emergidas e amparadas na complexa trama educacional, estão sendo apreendidas sob a ótica da individualização dos fenômenos sociais ancorados na naturalização dos determinantes históricos e culturais, e se afastando das contribuições de Patto (1993) sobre o fracasso escolar, quando a autora analisa tal fenômeno levando em conta sua construção social ao longo da história.

O expressivo encaminhamento das demandas escolares aos dispositivos de saúde suscita preocupações, à medida que pode corroborar e/ou se desdobrar na atribuição do não aprender aos elementos intrapsíquicos ou orgânicos, ao situar nas crianças e/ou adolescentes, as supostas causas dos problemas de aprendizagem e/ou comportamento agravando essa problemática educacional. E, por sua vez, também tende a obscurecer a focalização na síntese dos múltiplos determinantes que engendram a complexidade desse fenômeno



que emerge e se ampara no contexto de escolarização.

No bojo desse diálogo, observa-se, especialmente, nas últimas décadas que as questões relativas aos encaminhamentos de problemas que emergem no processo de escolarização para os serviços de Saúde, constituíram em uma das principais preocupações de trabalhadores que atuam nos âmbitos da Educação e da Saúde, de pesquisadores/as que se dedicam a discutir essa temática, como também dos demais atores/atrizes sociais envolvidos nas redes de relações imbricadas na produção da queixa escolar. O compartilhamento de muitas destas inquietações, por sua vez, expressa a necessidade de se forjar interlocuções entre os pares profissionais atuantes nesses campos, como também entre os dispositivos que constituem a rede intersetorial, centrando-se em aspectos relativos ao processo de escolarização da criança/adolescentes que não atende a expectativa da escola. Pode-se mencionar que algumas manifestações desses movimentos que objetivam promover a articulação entre a Educação e a Saúde, considerando as suas especificidades, se caracterizou na criação do *Fórum de Saúde Mental* que ocorreu no município de São Paulo no período de 1993-1996, como também se configurou com uma das temáticas incorporadas nos debates e ações empreendidas pelo *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* e pelo *Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (GIQE)*, dentre outras mobilizações coletivas.

Ao buscar corroborar com os esforços empreendidos nas tentativas de superação da individualização da problemática escolar em questão, que se expressa no encaminhamento das crianças e/ou adolescentes que não aprendem para os serviços de Saúde, este trabalho possuiu a finalidade de elaborar de esboçar indicativos de proposta interventiva na interface entre a Educação e a Saúde, a partir dos pressupostos da Orientação à Queixa Escolar, com vistas a contribuir com (re)construção de saberes e práticas de psicólogos(as) que atendem às demandas educacionais encaminhadas à Unidade Básica de Saúde (UBS).

A presente pesquisa de caráter qualitativo alicerçou-se, por sua vez, nos fundamentos teóricos da Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica em diálogo com as produções teórico-reflexivas que tecem críticas ao processo de medicalização da educação e da vida.

O processo de produção das informações, foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico das produções científicas que focalizam o percurso da queixa escolar no âmbito Saúde, com intuito de aprofundar nas determinações e mediações que o constituem. Ao partir dessa premissa, pretendeu-se evidenciar os elementos que poderiam



auxiliar no processo de elaboração de uma proposta interventiva que objetivou articular e fortalecer as ações interinstitucionais da Educação-Saúde frente aos atendimentos de demandas escolares encaminhadas para os serviços de saúde, levando em consideração os movimentos realizados na perspectiva de corresponsabilização dessas esferas no enfrentamento desta problemática educacional.

Concomitantemente, realizou-se levantamento das informações compiladas em registros de reuniões de fluxos de uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no município de Guarulhos-SP, com a finalidade de analisar e discutir os casos encaminhados

As informações produzidas nas duas etapas citadas anteriormente auxiliaram, concomitantemente, no processo de elaboração de uma proposta de modelo interventivo entre Saúde e Educação frente às demandas de queixas escolares direcionadas à UBS. Para o processo de análise dos dados gerados mediante os procedimentos mencionados anteriormente, adotou-se a técnica de análise compreensiva.



2 SIGNIFICAÇÕES EM TORNO DA PRODUÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR: INTERFACES ENTRE A EDUCAÇÃO E A SAÚDE

O fim do século XVIII foi de crescentes debates acerca dos fenômenos morais e psíquicos diante das condições do organismo do sujeito. Assistia-se à constituição de um saber objetivo sobre o sujeito baseado em métodos científicos. Nesses termos, a questão moral se tornava objeto de competência da Medicina (Antunes, 2003, 2008, 2012). Concernente ao século XIX, este foi de profundas transformações sociais, políticas e econômicas “[...] com a instalação da Corte no Rio de Janeiro, e, posteriormente, à guisa de independência em relação à coroa portuguesa, com a instauração da condição imperial” (Antunes, 2012, p. 49). Nessa dinâmica, o país passa pelo fim da condição de colônia de Portugal. Com essas modificações houve o surgimento da necessidade de formação de novos quadros para a organização do novo Estado-Nação. Nesse sentido, o preparo do aparato repressivo e administrativo se fez urgente, dedicando-se maior preocupação à educação e ao ensino.

Frente a isto, era crescente a necessidade de instituições formadoras de profissionais que pudessem desempenhar funções que colaborassem com os imperativos surgidos desse novo momento (Rocha, 2004). Antunes (2012) argumenta que o século XIX foi bastante frutífero na produção de saberes psicológicos, conservando-se muitas das preocupações do período colonial, contudo, agora assumindo um caráter mais sistemático pela gradativa vinculação institucional e pela melhor elaboração dos conteúdos. Antunes ainda assinala que o principal foco de interesse médico e pedagógico era com as questões sociais, porém essas preocupações não despertaram o caráter de compromisso social com os interesses da maioria da população, como pode-se observar no trecho a seguir:

Há, nesse momento, um incremento do processo de urbanização, principalmente no Rio de Janeiro e em Salvador, caracterizado pela precariedade das condições de saneamento, o que produziu graves problemas de saúde, uma das manifestações dos profundos problemas de natureza



social. As elites letradas referiam-se às *imundícies* físicas e morais, estas relacionadas às várias personagens urbanas, como ‘leprosos, loucos, prostitutas, mendigos, vadios, crianças abandonadas, alcoólatras’. Foi nessa situação que surgiu, segundo Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978), a Medicina social, mais preocupada com a *saúde* do que com a doença, com a prevenção do que com a cura, pautando-se nos ideais de normalização e higienização social, com vistas à eliminação da desordem e dos desvios, sendo proposta, nesse sentido, a higienização de hospitais, cemitérios, quartéis, bordéis, prisões, fábricas e escolas (Antunes, 2012, p. 50).

Diante das formulações explicitadas acima, percebe-se que a real preocupação das autoridades centrava-se no aspecto de higiene da população, à medida que suas ações foram direcionadas ao combate das mazelas sociais e, para tratar destes fenômenos, o *saber médico* foi o principal convidado para “cuidar” e elaborar propostas de normalização da população buscando solucionar os problemas dos “desvios” e da “desordem”.

Antunes (2003, 2012), por sua vez, ao investigar os conteúdos incorporados nas teses que se referiam ao processo de higiene escolar, denota que estas investigações anunciavam aspectos relativos ao pensamento médico da época, ressaltando que esse saber era tido como a expressão do conhecimento científico mais moderno até então. Assim, à luz dessa ciência se explicavam as condutas e prescreviam-se as regras. Em decorrência disso, a escola e o campo educativo como um todo se tornaram alvos importantes para a execução de um projeto que visava o saneamento físico e moral da sociedade, era o movimento de higienização das cidades.

Moura e Boarini (2012) explicitam que o movimento higienista se desdobrou no movimento de higiene mental¹, o qual foi fonte de intensa participação político-social de profissionais de áreas diversas, principalmente da Medicina. Em 1922 nasce no país a Liga Brasileira de Higiene Mental, sendo reconhecida no ano seguinte como órgão de utilidade pública pelo decreto federal nº 4.778, com data de 27 de dezembro de 1923. O estatuto da entidade indicava a realização de um programa de higiene mental e de Eugenia no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social. Com fins de alcançar seus objetivos, sugeria atuar junto aos poderes públicos federais, estaduais e municipais. Assim, recomendavam medidas de caráter profiláticas obtendo realizações para que pudessem disseminar as modernas ideias, agindo principalmente em âmbito escolar. Desse modo, os especialistas concebiam às causas biológicas as dificuldades dos grupos marginalizados, responsabilizando-os por suas condições precárias de existência

¹Esses movimentos tiveram expressão internacional e oficialmente deixaram suas marcas no Brasil no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, ganhando relevante destaque entre as décadas de 1920, 1930 e 1940 (Moura & Boarini 2012).



(Costa, 1980; Moura & Boarini, 2012; Patto, 1990/2000).

Tal movimento entendia que a desorganização social e seu mau funcionamento eram as causas das doenças, dos desvios e da desordem social. Com isso, aferiu que o homem ideal para construção da nação nova deveria ser de “hábitos sadios” tanto físicos quanto mentalmente, podendo ser desenvolvidos desde tenra idade no interior das famílias. Os higienistas confiavam que, com adequado auxílio, a família tratada, no caso a “família higiênica”, estaria pronta para assumir seu papel social diante da nova nação, neutralizando e até aniquilando a reprodução de mazelas sociais (Costa, 1980; Moura & Boarini, 2012).

Costa (1980, 2004) explica que pedagogos, psicoterapeutas e profissionais afins se revezavam no serviço de assistência às famílias “desequilibradas”. A Medicina social, por meio de uma política higienista, colocou a família em condições de dependência do Estado, ademais, foi com o pretexto de salvar os indivíduos do caos que a higiene se colocou na intimidade das pessoas. Para tal, o autor relata que se valendo “dos altos índices de mortalidades infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a higiene conseguiu impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual inspirada nos preceitos sanitários da época” (Costa, 2004, p. 12), dirigida sobretudo às crianças. Essa educação deveria revolucionar os costumes familiares e, nesse sentido, conduziria os sujeitos a cultivarem o gosto pela saúde, pondo fim à “desordem higiênica” dos velhos hábitos coloniais.

Costa ainda (2004) salienta que o controle educativo-terapêutico, instituído pela higiene, deu início a um modo de regulação política da vida das pessoas, assistimos a uma introdução de novos valores sociais no país. Nesse sentido, converteu-se os atributos físicos, psíquicos e sexuais dos membros da família em predicado de classe social. Frente a isto, “a família nuclear e conjugal higienicamente tratada e regulada, tornou-se no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa” (Costa, 2004, p. 13). Assim, o senso ético que ordenava o convívio social da burguesia modelou a convivência familiar, reproduzindo também, no interior dos lares, os conflitos e antagonismos de classe existentes na sociedade.

Em suma, a educação física difundida pelos higienistas, do século XIX e meados do século XX, criou, de fato, o corpo saudável. Logo, um corpo robusto e harmonioso passa a ser modelo para as famílias, fazendo desaparecer o corpo displicente, flácido e doentio do indivíduo colonial. Mas, foi este corpo que, eleito representante de uma classe e de uma raça, serviu para incentivar o racismo e os preconceitos sociais a ele ligados e, ainda



mais, por meio da tutela terapêutica desse corpo, o sexo e as relações afetivas das famílias passaram a ser usados, de modo sistemático e calculado, como meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa (Costa, 2004).

Frente ao exposto, muitos trabalhos médicos da época demonstravam preocupação com a prática profilática dentro das escolas, especialmente no que diz respeito à formação moral, utilizando por base a ideia de normalizar as condutas e hábitos dos alunos pela repressão dos comportamentos que eram vistos como nocivos à sociedade. Ressaltamos que a maioria dos estudos estava diretamente ligados aos interesses da classe dominante e a realidade considerada nociva era a mazela de sua própria dominação (Antunes, 2008, 2012). Abreu Junior e Carvalho (2012) expressam que os intelectuais da época envolvidos com o assunto acreditavam que a educação seria um dos principais meios para formar o cidadão republicano com hábitos “civilizados”, preparado para o trabalho e preocupado com a saúde individual e coletiva. Diante disso, a escola se tornou o principal dispositivo para médicos, políticos, advogados, engenheiros, pedagogos e outros intelectuais, todos com a intenção de “moldar” os sujeitos e, num aspecto mais global, a população.

O Brasil do século XIX, embora tivesse deixado a condição de colônia, seguia mergulhado em profundas e graves problemáticas de diversas ordens, especialmente as de caráter social. Por outro lado, nesse momento, o Brasil se tornara nação, essa situação fez com que o país adquirisse maior facilidade de contato com outros países, o que possibilitou a importação de ideias correntes na Europa, principalmente da França, efervescente centro intelectual da época. Logo, o desenvolvimento do pensamento psicológico no Brasil do século XIX, deve ser visto também a partir dos intercâmbios intelectuais com países estrangeiros (Antunes, 2003, 2012).

Sobre esse momento, na Europa, Antunes (2012) argumenta que os avanços da Filosofia e da Fisiologia estavam caminhando em direção a uma possível síntese, dando forma ao que seria mais propriamente o fenômeno psicológico. As transformações ocorridas no continente europeu, provenientes do avanço do modo de produção capitalista, cunharam desafios e necessidades que precisavam ser respondidas e sanadas. Para isso, havia a necessidade de conhecimentos efetivos para melhor compreender tais problemas e sobre eles intervir, visando, especialmente, o controle sobre a conduta humana.

Importante “lembrar que a ideologia burguesa tinha no indivíduo o fundamento de uma sociedade baseada na propriedade privada, impondo a necessidade de se compreender o homem nessa perspectiva” (Antunes, 2012, p. 51). Porém, a autora ressalta que tal compreensão deve ir além, pois a ideologia camufla as condições de exploração da



classe trabalhadora que eram justificadas e legitimadas por uma sociedade que afirmava a igualdade de direitos e a mobilidade social, deslocando para as diferenças individuais a explicação para a desigualdade e para a exploração de uma classe pela outra. Outro destaque é a necessidade de lembrar que a sociedade fundamentada na divisão social do trabalho e no avanço técnico caminhava como nunca antes visto para a especialização do conhecimento (Antunes, 2012).

Estavam postas as condições para que a Psicologia pudesse se delimitar como área específica do conhecimento, conquistando seu status de ciência autônoma. Essas condições próprias da ciência psicológica mais os problemas internos do Brasil e o acesso dos profissionais e intelectuais brasileiros às ideias produzidas na Europa foram de grande relevância para expandir a produção dos saberes psicológicos no país, sustentados principalmente pelo campo da Medicina e da Educação (Antunes, 2012).

A categoria “criança-problema” introduziu no discurso da Psicologia presente no campo educacional a consideração dos fatores ambientais associados às dificuldades enfrentadas pelos alunos. Nesses casos, não se falava em anomalias constitucionais, mas em “problemas de ajustamentos” e a explicação dada assumia um aspecto de que família desajustada produzia criança desajustada. Desse modo, a(o) psicóloga(o), fazendo uso de instrumentos psicológicos de medição e classificação, depois de diferenciar os alunos que não aprendiam, ou não se comportavam de acordo com as expectativas de seus professores, separava os “mais aptos” dos “menos aptos” ao processo de instrução (Antunes 2003; Barbosa & Marinho-Araújo, 2010; Lima, 2015; Patto, 1984).

De acordo com Lima (2015), Antunes (2003, 2012) e Patto (1984, 1990/2000) ajustar a criança ao ensino era condição necessária para transformá-la em um(uma) aluno(a) bem adaptado(a) à escola, que geraria, por consequência, um indivíduo conformado e ajustado à sociedade e à ordem vigente. Contudo, quando se tratava da “criança-problema”, geralmente a de comportamento indesejável, ela era explicada como efeito de um desajustamento individual e emocional da própria criança ou do meio familiar, sendo preciso enfrentar a partir da reformulação de estratégias cientificamente fundamentadas, trazidas pelo saber médico e psicológico, com o intuito de combater as causas dos distúrbios de conduta de modo a promover o reajustamento do educando. Isso gerou explicações reducionistas, de viés individualista e discriminatório em relação às crianças e suas famílias.

Desse modo, o conhecimento psicológico incorporado à Pedagogia e à prática dos educadores, a atuação do psicólogo escolar pautada num modelo clínico-médico, que agia fora da sala de aula focalizando sua atenção somente na dimensão individual do educando



e em seus “problemas”, atendia, sobretudo, às demandas de adaptação do aluno à escola. Nesse sentido, a atuação se pautava numa perspectiva adaptacionista e quando não era possível “tratar” o “aluno-problema” na escola, ou seja, a criança que tinha “dificuldades de aprendizagem” ou outras manifestações consideradas como “distúrbios” inerentes ao próprio educando, era encaminhado para “tratamento” fora da escola (Antunes, 2008). E, assim, a atuação das(os) psicólogas(os) e dos demais profissionais que atendiam tais crianças, desconsiderava os determinantes de natureza social, cultural, econômica e pedagógica. Logo, com a atuação pautada na visão reducionista de intervenção, reduziam-se fatores educacionais e pedagógicos a interpretações psicologizantes e medicalizantes.

Conforme Souza (2014a, 2014b) as desigualdades de diversas ordens eram e ainda estão presentes nas instituições escolares, especialmente nas públicas. Entretanto, esse espaço multifacetado deve ser sempre motivo de reflexão crítica para conciliar as soluções às necessidades das pessoas que nele se encontrem e não isolar ou alimentar a descrença de que “não tem jeito”. Machado (1997) adverte que o imaginário que se tem de “falta”, “anormalidade”, “doença” e “carência” domina a formulação das queixas escolares a respeito das várias crianças que eram e ainda são encaminhadas pelas escolas para avaliação psicológica, para o campo da saúde, criando-se mitos que justificam o fracasso escolar delas.

No âmbito da *queixa escolar*, a professora e pesquisadora Marilene Proença Rebello de Souza, em sua tese de doutorado, cujo título é *A queixa escolar e a formação do psicólogo* (Souza, 1996), explica que a constituição da queixa escolar se dá “pelo conjunto de relações e de práticas individuais, sociais, institucionais que, ao se entrelaçarem na trama da vida diária escolar, produzem uma série de obstáculos das mais variadas naturezas e que culminam com a impossibilidade da escola de cumprir” o seu papel (Souza, 2014, p. 21). A autora nos adverte do quão complexa é a queixa e sua produção, de tal modo que, para nos aproximarmos das numerosas relações conjunturais que a constitui necessitamos construir uma série de instrumentos, elaborar procedimentos, criar formas de nos aproximar dos diversos segmentos da escola, considerando as relações em sentido pedagógico, interpessoal e familiar instituídas no espaço educativo. Outro aspecto relevante que Souza nos apresenta é que no bojo da investigação devemos nos atentar para a história escolar do estudante, para as questões que envolvem sua escolarização e para as expectativas depositadas sobre o desenvolvimento desse estudante que foi encaminhado com dificuldade escolar (Souza, 1996, 2007, 2014a, 2017).

Antunes (2008) descreve que o papel que a Psicologia exerceu na Educação se tornou objeto de crítica em virtude da utilização e da interpretação indiscriminadas de teorias



e técnicas psicológicas, especialmente dos testes psicológicos e da responsabilização da criança e de sua família pelos problemas ditos de “ordem emocional”, sendo isto suficiente para justificar o desempenho do aluno na escola e a redução dos processos pedagógicos a fatores de natureza psicológica. Antunes (2003, 2008) e Patto (1984) explicam que tal atuação produziu uma tendência ao olhar individualizante dos “problemas” escolares, centrando a culpa no aluno.

Criticava-se a utilização dos testes e a interpretação de seus resultados, que atribuía ao aluno a determinação de seus “problemas”, desconsiderando a inadequação das condições pedagógicas, a insuficiência das metodologias adotadas pelo professor e pela instituição escolar, entre outros requisitos para uma efetiva Educação de qualidade em qualquer instituição escolar. Também o encaminhamento de alunos com deficiência que, sob a justificativa de lhes proporcionar uma “educação especial”, relegava-os às condições precárias e segregacionista de ensino, sem solução de continuidade, reforçando estigmas e preconceitos, produzindo social e pedagogicamente à deficiência intelectual (Antunes, 2008).

A partir do final da década de 1970, educadores e psicólogos começaram a discutir as contribuições da Psicologia no campo educacional, principalmente sobre a aplicação dos testes nos alunos e a individualização das explicações do fracasso escolar, muitas vezes culpabilizando somente a criança e sua família. E, muito embora se iniciasse um pensamento sobre a qualidade do ensino e sobre as influências ambientais na vida do indivíduo, isentava-se o funcionamento da sociedade e seu modo de produção de qualquer responsabilidade. Desconsideravam-se os determinantes de natureza social, cultural, econômica e, sobretudo, pedagógica diante do fracasso escolar. Nesse sentido, o movimento que se fez foi chamar a atenção para essas dimensões vislumbrando a necessidade de se (re)definir o campo da Psicologia Escolar e Educacional e seu arcabouço teórico-prático, acontecia uma crise na Psicologia brasileira, estava posto o movimento de crítica à Psicologia na sua relação com a Educação (Antunes, 2003; Barbosa, 2011, 2012; Guzzo, 2011; Maluf & Cruces, 2008; Meira, 2000; Tanamachi, 2000; Tanamachi & Meira, 2003; Patto, 1984, 1990/2000).

O movimento de crítica teve seu apogeu propriamente no transcorrer da década de 1980 do século passado. Foi um momento efervescente que primou por repensar a prática profissional e seus modelos tanto no campo teórico, pois havia a urgente necessidade de mudança e elaboração de novos referenciais, quanto no campo metodológico, usados para a compreensão das complexas questões do processo de escolarização. Assim sendo, esse movimento teve a finalidade de discutir a área, no que concerne a atuação e aos marcos



teóricos, procurando responder à questão: a serviço de quem a Psicologia Escolar e Educacional estava? (Antunes, 2003, 2012; Bock, 2003; Machado, 2008; Meira, 2000; Souza, 2009; Patto, 1984, 1990/2000; Tanamachi, 2000; Toassa, 2016).

E tomando partido por uma atuação que luta para consolidar uma Educação de qualidade para todos, a atuação da(o) psicóloga(o) escolar e educacional deve voltar-se para os princípios do compromisso social, dos direitos humanos e do respeito à diversidade, postura fundante para uma efetiva inclusão social. Nesse sentido, a Psicologia de perspectiva crítica e sua subárea, a Psicologia Escolar e Educacional, estão comprometidas na luta pela redução da desigualdade social e melhoria dos serviços ofertados à classe trabalhadora, dentre eles, a educação formal, que, nos dias atuais, é oferecida a uma população discriminada pela ordem vigente, a qual separa a sociedade em classes e estabelece de modo cruel a desigualdade social.

Facci e Silva (2014, p. 278) nos advertem que os cursos de formação em Psicologia “precisam se preocupar com a preparação de profissionais que sejam capazes de criticar o modelo clínico patologizante, que tem muitas vezes caracterizado a atuação do psicólogo na Educação”, vislumbrando colocar a serviço da sociedade psicólogas(os) comprometidas(os) com uma atuação crítica, de modo que se percebam capazes de realizar a transformação das condições materiais onde estiverem inseridas(os). Corroborando com esse diálogo, Neves (2007) explicita que as críticas ao modelo *clínico* é principalmente da situação de diagnóstico, que classifica o estudante com variadas dificuldades, sejam elas: intelectuais, de ordem orgânica, neurológica e até mesmo dificuldades afetivo-emocionais, e todas no nível individual, isto é, sempre internas ao aluno. Isenta-se, assim, a escola e o próprio sistema educacional da responsabilidade para com os problemas que aparecem na dinâmica escolar, que são de origem multideterminada e plural, mas o olhar das abordagens clínicas e da saúde transformam as dificuldades do processo de escolarização a meros reducionismos, reduzindo ao nível individual questões complexas da ordem do social.

Em pesquisa recente de mestrado Silva (2019), sobre a atuação de psicólogas(os), intitulada *Psicólogos(as) na Educação em Boa Vista/Roraima: práticas e desafios*, constatou que parte das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) geralmente faziam encaminhamentos da criança com queixa escolar para profissionais do setor da saúde, com a finalidade de que a criança fosse investigada e avaliada quanto às suas questões orgânicas e emocionais, retornando para a instituição escolar quase sempre com um diagnóstico na forma de laudo médico. Ademais, verificou que os diagnósticos dos alunos, em geral, não eram questionados, não se tecia críticas em relação ao laudo, ao contrário, quando a criança apresen-



tava certa dificuldade em seu processo de escolarização, os encaminhamentos geralmente eram para um profissional da saúde (sendo mais comum o neurologista, neuropediatra, psiquiatra, psicólogo clínico, etc.) para confirmar o “problema” da criança. Com isso, priorizando o viés biológico para explicação e resolução das dificuldades que a criança apresentava. Entretanto, eram dificuldades do processo de escolarização e que, ao olhar apenas do viés biológico/emocional, a problemática recaía somente sobre o estudante. Enfatizamos com isso que tal postura contribuiu e contribui para reduzir as dificuldades escolares do processo educativo à fatores orgânicos, o que é complicado nos dias atuais, uma vez que em tempos de medicalização e patologização da Educação, a(o) psicóloga(o) escolar e educacional deve compor questionamentos e reflexões, tecendo críticas tanto aos laudos quanto à medicalização dos alunos (Souza, Gomes, Checchia et al., 2014).

É importante salientar que iniciativas como: o *Fórum de Saúde Mental² no município de São Paulo* (1993-1996), o *Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e o Grupo Interinstitucional Queixa escolar (GIQE)*, constam como alguns dos esforços que psicólogos conjuntamente com profissionais da Saúde e da Educação a fim de promover debates e reflexões para melhor compreensão das problemáticas oriundas do sistema educacional com o intuito de propor alternativas para realização de um trabalho contextualizado e em rede.

Morais, Carvalho e Minto (2000), a partir da experiência no Fórum de Saúde Mental apresentam uma discussão confrontando as concepções de *saúde escolar* e a ideia de *saúde do escolar*. A respeito da saúde do escolar, considera-se que a saúde e a doença pertencem ao indivíduo. Nessa lógica, argumentam que quando a doença aparece, ela deve ser resolvida no indivíduo. Assim, dentro dessa visão, o profissional de saúde tem um discurso que desconsidera o conhecimento do paciente sobre ele mesmo. Numa outra perspectiva, oposta a essa, as autoras argumentam a favor de uma visão de saúde escolar, afirmando que “nela está implícito que se faz Saúde Escolar quando se entende que o conhecimento, atitudes e práticas na conquista de saúde devem partir do respeito aos significados, valores e cultura dos educandos e de suas famílias” (Morais, Carvalho &

²Um grupo de psicólogos da cidade de São Paulo, mais especificamente nos distritos Saúde, Grajaú, Interlagos e Parelheiros, criaram esse Fórum buscando alternativas de práticas integradas em rede às demandas oriundas dos serviços de Saúde Mental. Ocorreram 18 encontros entre abril de 1993 a junho de 1996, na região sul do Município de São Paulo, promovidos pela Administração Regional de Saúde de Santo Amaro e Parelheiros (ARS-9), órgão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Tais encontros contou com profissionais desta Secretaria (das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades e Centro de Convivência), Secretaria Municipal e Estadual de Educação (Delegacias de Ensino e Escolas), Secretaria Municipal do Bem-Estar Social (Supervisões Regionais, Creches, Centros de Juventude e Centro de Convivência), do Conselho Tutelar da Capela do Socorro do Circo-Escola Enturmando Grajaú (educadores de rua), de ONGs e de movimentos sociais (Souza & Moraes, 2000).



Minto, 2000, p. 41).

Na compreensão dessa dimensão, entende-se que para se conquistar saúde, é preciso envolver ações no campo social, econômico e cultural, salientando que tais ações devem atingir três dimensões, a saber, a proteção, a promoção e a prevenção, tanto no nível primário, quanto no secundário e no terciário. Frente a isto, de acordo com Morais, Carvalho e Minto (2000), é possível pensar uma integração de saúde e escola, que em conformidade com as experiências do Fórum de Saúde Mental, essa integração deve ser considerada numa partilha de dificuldades, através de ações que podem ser planejadas e divididas. Além disso, este Fórum trouxe uma visão multidisciplinar da problemática educacional que, considerando uma visão integral da criança e das instituições nas quais ela se insere, se opõe contundentemente ao modelo clínico-médico tradicional para a resolução dos casos provenientes da educação (Morais, Carvalho & Minto, 2000, p. 46).

Com o aparecimento de um corpo técnico da saúde mental na década de 1980, houve a transferência em massa de problemas de aprendizagem, disciplina e comportamento aos psicólogos da Unidade Básica de Saúde (UBS). Nesse sentido, Morais, Carvalho e Minto (2000) mencionam que a conduta desses técnicos envolvia, frequentemente, a orientação de alunos e familiares, porém sem abordar a escola na produção da queixa escolar. Uma escola, que após muitos debates e reflexões, foi considerada com sérios problemas, dentre eles ser produtora das queixas e do fracasso escolar.

Outro fórum que também propõe a superação da lógica medicalizante é o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade³, essa entidade alerta que a população brasileira tem vivido um processo crescente de medicalização em todas as esferas da vida social. Sua constituição se deu em novembro de 2010, por aproximadamente mil profissionais das áreas da Saúde e da Educação, além de estudantes e representantes de entidades que participaram do I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, no estado de São Paulo. Logo após o evento, consequência da ação política deste evento, foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de atuação permanente, com a finalidade de articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a reflexão e superação da medicalização da aprendizagem e do comportamento. O Fórum tem caráter político e de atuação permanente, instituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e as decisões costumam ser em consenso.

³Para saber mais, acesse medicalizacao.org.br



Por fim, apresentamos mais um coletivo de fundamental importância para a construção de possibilidades de atuação da Psicologia frente à produção da queixa escolar, o GIQE⁴, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. Constituído por psicólogas(os) que desenvolvem ações e problematizam temas relacionados à compreensão dos processos de produção de queixas escolares, desenvolve e divulga novas práticas de atendimento psicológico e concebe o homem como ser social, que se constitui na relação com os diversos âmbitos da vida coletiva. O GIQE tece críticas contundentes às abordagens que desconsideram a complexidade do fenômeno educacional, bem como dos processos de escolarização, nos seus aspectos sociais e históricos da produção das dificuldades de escolarização. É uma entidade que atualmente está muito articulada e em pleno trabalho, acontecendo reuniões mensalmente, realizando estudos, debates, articulações, apoio mútuo e implementação de ações coletivas e de gestão junto ao poder público.

Assim sendo, compreende-se a necessidade dos profissionais atuantes na saúde promover ações integradas com os atores sociais que atuam no espaço escolar, considerando a especificidade de cada campo de atuação, mas, ao mesmo tempo, focando nos aspectos em comum desses setores para orientar suas ações profissionais interinstitucionais. Assim sendo, essas suposições, por sua vez, são fundantes para a compreensão, prevenção e atuação no atendimento da queixa escolar, por via de ações conjuntas e interdependentes que considerem a rede intersetorial em seu processo dinâmico.

⁴Para saber mais, acesse: queixaescolargiqe.com



3 MÉTODO

Como mencionado anteriormente, esta pesquisa de caráter qualitativo, alicerçou-se nos fundamentos teóricos da Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica em diálogo com as produções teórico-reflexivas que tecem críticas ao processo de medicalização da educação e da vida. Diante disso, buscou-se elaborar uma proposta interventiva na interface entre a Educação e a Saúde a partir dos pressupostos da Orientação à Queixa Escolar, com vistas a contribuir com (re)construção de saberes e práticas de psicólogos(as) que atendem às demandas educacionais encaminhadas à Unidade Básica de Saúde (UBS).

O processo de produção das informações da presente investigação, foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico das produções científicas que focalizam o percurso da queixa escolar na interface entre a Saúde e Educação, com vistas a aprofundar nas determinações e mediações que constituem essa problemática educacional. Com base nisso, buscou-se evidenciar os elementos que poderiam subsidiar a elaboração de uma proposta interventiva que objetivou articular e fortalecer as ações interinstitucionais da Educação-Saúde frente aos atendimentos de demandas escolares encaminhadas para os serviços de saúde, levando em consideração os esforços mobilizados na perspectiva de corresponsabilização dessas esferas no enfrentamento desta problemática educacional.

Concomitantemente, realizou-se um levantamento das informações compiladas em registros de reuniões de fluxos de uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no município de Guarulhos-SP, com a finalidade de analisar e discutir os casos encaminhados, bem como os atendimentos acompanhados pelo dispositivo estrutural desse serviço de saúde, o matriciamento.

Tal proposta, por sua vez, tem como intuito contribuir com a prática do psicólogo que atua no campo da Saúde que, comumente, recebem demandas relativas às dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento no processo de escolarização e, devido às condições de pouco diálogo com rede assistencial-educacional, não encontram os meios necessários para atender adequadamente tais demandas.



Para efetuar tal revisão, as buscas e seleção dos trabalhos a serem analisados foram realizadas por meio da utilização da ferramenta de busca do Portal de Periódicos da CAPES. A opção por essa base de dados, por sua vez, se caracterizou por ela indexar estudos sobre a Educação e Saúde, como também por ser confiável e reconhecida cientificamente. O recorte temporal definido abrangeu os artigos publicados no período de cinco anos (2014-2019) a partir do pressuposto que o estudo sobre a temática em questão foi intensificado na última década, incorporando formulações relativos ao âmbito da Educação e Saúde. Além disso, optou-se pelo estudo da literatura em português.

A partir dos seguintes descritores pré-definidos e operadores booleanos: “queixa escolar AND atenção básica”; “queixa escolar AND UBS”; “queixa escolar AND CAPSi”; e, “queixa escolar AND serviços de saúde”, “queixa escolar AND rede de saúde”. A princípio, sem nenhum filtro de seleção, foram encontrados setenta e nove artigos, dentre os materiais encontrados, selecionou-se as áreas que resultaram dos descritores supra-mencionados como: atenção primária à saúde, avaliação de serviços de saúde, educação, education & educational research, education, educational, mental health, psychology, salud mental, saúde mental.

Posteriormente, procedeu-se a leitura acurada dos resumos das produções selecionadas, após esse refinamento restaram trinta e três artigos que foram compilados em uma tabela-síntese com dez colunas, a saber: número (do artigo); data (da busca); título do artigo; autor(a)/autores (as); instituição; palavras-chaves; ano; fonte (em que foi publicado); descritor; periódico. Com a exclusão dos materiais repetidos, totalizou-se vinte e dois e os artigos que de fato possuíam relação com o tema eram apenas seis, que atendiam aos critérios supracitados, os quais foram lidos na íntegra.

Por via desse procedimento de seleção, as fontes bibliográficas incluídas foram: *A queixa escolar em um CAPSi de Salvador-Bahia: uma análise a partir da psicologia escolar crítica* (Freire & Viégas, 2018); *O atendimento à queixa escolar nos serviços públicos de saúde mental da Bahia* (Viégas, Freire & Bomfim, 2018); *Criança com dificuldade de aprendizagem: o processo de construção de uma guia de encaminhamento de alunos com queixas escolares a serviços de saúde* (Neto, Cardoso, Kaihami, Osternack, Stump, Petlik & Barbieri, 2015); *Atendimento à queixa escolar: experiência do projeto Seape no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF* (Silva & Rodrigues, 2014); *A queixa escolar sob a ótica de diferentes atores: análise da dinâmica de sua produção* (Cunha, Dazzani, Santos & Zucoloto, 2016); *Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista* (Gomes & Pedrero, 2015).



Este processo, por sua vez, resultou na sistematização de categorias temáticas formuladas mediante a análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica em questão, as quais serão explicitadas a seguir:

3.0.1 Conceções imbricadas na produção da queixa escolar: da educação à saúde

Em linhas gerais, pode-se verificar que a concepção de queixa escolar discutida nas produções analisadas amparam-se na perspectiva crítica da Psicologia Escolar e Educacional, ao se fundamentarem no pressuposto de que os aspectos relacionados às nomeadas dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento no processo de escolarização devem ser enfocados mediante as complexidades e contradições que se expressam no processo de produção e reprodução das relações sociais que se objetivam no encaminhamento dos/as alunos/as identificados/as como aqueles/as que não aprendem, para os serviços públicos de saúde.

Esta visão explicitada anteriormente, por sua vez, indica que as significações incorporadas pelos/as participantes se contrapõem a individualização das problemáticas de ordem eminentemente social que se expressam na atribuição da incapacidade do sujeito que não correspondem às crenças e valores positivistas que ancoram o padrão normativo de aprendizagem. Por outras palavras, constata-se, que a maioria dos trabalhos deste levantamento em questão, compreendem os problemas de escolarização a partir de premissas que se distancia do modelo tradicional de apreensão, direcionamento e atendimento da queixa escolar, à medida que o foco das ações em torno do não aprender é no processo de compreensão de fenômeno visto como síntese de múltiplas determinações dialeticamente articuladas, que deve ser analisado mediante as mediações sócio-históricas que o constituem.

3.0.2 O percurso da queixa escolar entre a Educação e a Saúde: nuances em torno dessa problemática

O processo de patologização e de medicalização da educação está no bojo das significações denunciadas por alguns sujeitos participantes das pesquisas analisadas, frente a individualização das dificuldades de aprendizagem. À medida que alguns profissionais atuantes no campo da Saúde partilham da premissa de que há a necessidade de se forjar uma articulação objetiva de suas ações junto aos/as atores/atrizes sociais que atuam no espaço escolar. Para tal, nota-se que estes/as buscam orientar suas atividades profissi-



onais mediante a compreensão dos elementos em comum entre as esferas da Educação e da Saúde e, ao mesmo tempo, tomam consideração as especificidades de ambas para a construção e materialização de projetos que envolvam objetivos e responsabilidades fundados em ações coletivas, apostando no tensionamento da adesão de pressuposições circunscritas no processo de individualização do não aprender.

Contraditoriamente, ao levar em consideração o cuidado em não corroborar com a perspectiva de um julgamento individualista sobre as atividades exercidas pelos/as profissionais da saúde, as quais não podem ser vistas dissociadas das sínteses de múltiplas determinações que as constituem, cabe evidenciar que os discursos dos/as participantes dos estudos em questão, em algumas situações, tendem a reificar o estigma em relação ao mau desempenho escolar atribuído unicamente ao estudante, ao compreenderem a experiência de escolarização de forma individualista e buscarem atender estas demandas por meio de estratégias de avaliação e diagnóstico fundadas em princípios de responsabilização das crianças e/ou adolescentes encaminhados pelas nomeadas dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento. Por essa via, é possível notar nos conteúdos anunciados pelos sujeitos, o partilhamento de pressupostos que subsidiam a explicação dos problemas escolares com base em aspectos oriundos de desajustes no organismo do indivíduo, por meio do processo de naturalização das condições concretas de vida destes sujeitos.

Diante do exposto, a análise das produções também revela a escassez de investigações que abordam o percurso da queixa escolar nos dispositivos de saúde a partir das redes de relações que engendram a rede intersetorial, que se caracteriza no movimento de integração de práticas coletivas de seus agentes profissionais. À medida que os estudos examinados se concentram, na maioria das vezes, no enfoque das demandas educacionais a partir de pressupostos centrados em apenas no funcionamento de um serviço de saúde, como: (Unidade Básica de Saúde) UBS, (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) CAPSI, Clínicas escolas de Psicologia, dentre outros, dissociados das possibilidades de articulações com outras unidades de atendimento que possuem saberes e práticas correlacionados e integrados entre si.



4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.0.1 Conhecendo o cenário da proposta

Com o intuito de entender os caminhos possíveis das queixas escolares que chegam como demanda no Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário apresentar o trajeto que essa demanda percorre após sair do ambiente escolar. Nesse sentido, a literatura (Braga & Moraes, 2007; Moraes & Souza, 2000; Moraes, Carvalho & Minto, 2000; Silva & Rodrigues, 2014; Viégas, Freire & Bomfim, 2018) aponta que com frequência a escola encaminha alunos de todas as idades para avaliação na área da saúde a pretexto de entender por qual motivo tais estudantes não estão apresentando o rendimento esperado, tentando encontrar explicações para as questões pedagógica e comportamental. Nesse sentido, há o predomínio de perspectivas patologizantes e tecnicistas da saúde para resolver as dificuldades advindas do processo de escolarização.

Frente a isto, Collares e Moysés (1997) tecem crítica à crença que alguns profissionais da Educação têm em relação ao poder de resolução dos profissionais da saúde, de acordo com as autoras:

[...] acredita-se nas escolas que as crianças não aprendem por serem portadoras de doenças orgânicas ou emocionais e que, por esse motivo, devem ser encaminhadas aos serviços de saúde. Dessa forma, atribuem-se a fenômenos sociais modelos biológicos, desconsiderando os fatores educacionais, culturais e econômicos envolvidos no processo de escolarização (Collares e Moysés citado por Braga e Moraes, 2007, p. 44).

Tendo como base um trabalho de rede que acompanhamos a partir de profissionais que atuam em uma Unidade Básica de Saúde¹ (UBS) na região metropolitana de São Paulo, observamos que o fluxo dessa demanda se dá por meio de encaminhamento por escrito feito pelas escolas. Este encaminhamento é uma simples solicitação informando que

¹A Unidade Básica de Saúde (UBS), é um equipamento do SUS que funciona como principal porta de entrada da população no serviço de saúde. É um centro que se intercomunica com toda a Rede de Atenção à Saúde. Desempenha papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>).



a escola deseja uma avaliação do/a estudante pela área da saúde. Esse encaminhamento é entregue pela escola ao responsável pelo/a escolar, que, por sua vez, é orientado/a procurar a UBS mais próxima de sua residência para providenciar o atendimento solicitado pela escola.

Ressaltamos que não existe um formulário padrão de encaminhamento, em geral os profissionais da escola indicam apenas para qual especialista a escola está solicitando a avaliação. Ademais, algumas escolas colocam breve relato da queixa e/ou descrição da demanda destacando as situações-problemas apresentadas pela criança. Chegando à UBS o responsável é acolhido por algum profissional da recepção/administração/enfermagem ou, no caso das Unidade de Saúde da Família² (USF). O responsável também pode ser acolhido pelo agente comunitário de saúde, seja na própria USF, seja na ocasião de uma visita domiciliar feita por este agente.

Após o primeiro acolhimento feito pelos profissionais supracitados, o encaminhamento, juntamente com as informações coletadas no acolhimento, é levado para a equipe multidisciplinar de apoio à atenção básica chamada NASF³ (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), em uma reunião de apoio matricial que é realizada entre as equipes de apoio NASF e as Equipes de Atenção Básica (EAB) da UBS em questão.

Nessa reunião os profissionais, técnicos do NASF de referência, discutem os casos em conjunto com os profissionais da EAB para formulação de um projeto terapêutico e/ou de uma linha de cuidado para as demandas trazidas. Esta linha de cuidado pode ocorrer apenas dentro da UBS como pode, também, demandar outros serviços de cuidados especializados da rede de saúde SUS. Contudo, mesmo nesta segunda hipótese, que inclusive é a menos frequente, antes que se possa solicitar a avaliação de um serviço de especialidade, é solicitado que os profissionais do NASF façam uma avaliação prévia do atendido que será encaminhado, para que este seja então um encaminhamento qua-

²A Unidade de Saúde da Família (USF) é a referência para a realização de uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade, nos domicílios e em locais comunitários, como: escolas, creches, asilos, presídios, entre outros. A equipe da USF é composta por um enfermeiro, um médico generalista ou da família, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. (BRASÍLIA, p. 13, 2000).

³O NASF é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (BRASÍLIA, pp. 11-12, 2010).



lificado. No entanto, os casos que demandam encaminhamento para outros serviços são casos considerados fora do perfil da atenção básica, isto é, trata-se de pessoa com diagnóstico/suspeita de alguma deficiência, doença/transtorno mental grave e persistente ou doença que contribui com a dificuldade apresentada pelo/a estudante encaminhado/a.

Dessa forma, a grande maioria dos casos encaminhados acaba por ficarem na incumbência da Atenção Básica, haja vista que epidemiologicamente sabe-se de antemão que a incidência de patologias que comprometem o desenvolvimento de um indivíduo correspondem a uma parcela bem pequena da população. E os casos que acabam sendo absorvidos pela equipe de apoio na UBS são manejados pelo profissional de maneira singular, partindo da premissa de que cada caso é um caso. Mesmo havendo certa semelhança nas demandas recebidas oriundas das escolas, não existe atualmente nenhum protocolo ou documento que norteie o trabalho a ser feito com esse público, acarretando assim uma conduta muito variada de acordo com cada profissional que atende tais casos e, portanto, a cada NASF.

Com relação à USF que foi utilizada como referência no presente trabalho, conta-se com a seguinte realidade: a unidade de saúde é referência em um território com população aproximada de 30 mil habitantes e é habilitada pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Saúde da Família. O território está dividido em seis áreas, portanto, com seis equipes. Cada área é subdividida em sete microáreas. A divisão de áreas é feita para a sistematização da cobertura de atendimento no território, uma vez que nas USFs o agente comunitário de saúde deve fazer visitas mensais às casas de cada munícipe cadastrado, assim sendo, o território é dividido e subdividido para que seja feita a distribuição desses profissionais.

Cada USF deve contar, necessariamente, com uma equipe mínima, nesta USF observada o quadro de profissionais existente nas equipes mínimas no período do levantamento de dados era de: 5 médicos, 5 enfermeiros, 11 auxiliares de enfermagem, 36 agentes comunitários de saúde, 1 dentista e 1 técnico de saúde bucal. Além destes, a USF também tinha os funcionários que trabalhavam na USF sem se considerar a divisão de áreas, a saber: 2 controladores de acesso, 7 profissionais na recepção, 2 profissionais na farmácia, 3 oficiais administrativos e 2 profissionais na limpeza. Frente a isto, se compararmos a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde notaremos a falta de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista e 6 agentes de saúde. O NASF de referência, por sua vez, estava completo no período do levantamento de dados deste trabalho, e ainda cumprindo com as 200 horas de profissionais conforme preconiza do Ministério da Saúde, são eles: 1 psicóloga, com 30 horas; 1 fonoaudióloga, com 40 horas;



1 assistente social, com 30 horas; 1 fisioterapeuta, com 30 horas; 1 educadora física, com 40 horas e 1 nutricionista, com 40 horas, considerando aqui que são horas semanais.

No que diz respeito ao número de escolas referenciadas a esta USF para os programas de promoção e prevenção em saúde preconizados pelo Ministério da Saúde para as USFs, esta unidade é a referência para 5 escolas (sendo elas 3 estaduais e 2 municipais). Vale ressaltar que para que sejam feitos os programas de educação em saúde e prevenção de doenças nas escolas é realizada previamente uma divisão das escolas de cada território, colocando cada UBS para ser a referência das escolas de acordo com a proximidade delas. Esta divisão serve principalmente para a realização de atividades regulares a serem exercidas nas escolas como o Programa Saúde na Escola (PSE), além disso, são feitas campanhas de vacinação e ações de bloqueio vacinal⁴ quando necessárias.

No entanto, frequentemente são recebidos encaminhamentos provenientes de escolas que não são referenciadas, isto ocorre porque, apesar de estudar nessas escolas, o/a aluno/a é morador/a do território é atendido/a pela unidade de saúde. Sendo assim, o trabalho a ser realizado com estes estudantes que são encaminhados pelas escolas não pode ser direcionado apenas às escolas da região, mas a todos os pacientes que chegam na unidade.

4.0.2 Descrição atual dos atendimentos referentes à demanda de queixa escolar

Para o levantamento de dados necessários para a descrição da demanda recebida para atendimento psicológico nesta USF foi utilizado o método de análise documental dos registros de ata das reuniões de matriciamento⁵ realizadas com o NASF durante o primeiro semestre de 2019 na referida unidade de saúde. Nesta unidade de saúde, todos os casos novos para psicologia são recebidos através da reunião de matriciamento que é feita entre a equipe NASF e a equipe de atenção básica. Nesta reunião também são

⁴Bloqueio Vacinal consiste em uma ação de vacinação em massa que é feita em períodos de notificações de casos de doenças infecto contagiosas no território. Assim, deve ser feita com contactantes próximos do paciente infectado e com a população do meio onde o paciente pode ter feito contato com outras pessoas como a escola no caso das crianças ou o ambiente de trabalho quando o paciente for adulto.

⁵Convém mencionar que o Matriciamento é uma forma de gestão em saúde, que pode ser realizado por diferentes estratégias, porém a porta de entrada da discussão e seguimento deverá ser sempre por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). [...] Espera-se que, com o apoio matricial, a equipe de Saúde da Família reorganize os projetos de trabalho e consiga criar redes de compartilhamento resolutivas para o equacionamento e acompanhamento do sujeito/família, limitando a forma de organização em que predomina a lógica do encaminhamento. O apoio matricial facilita a vinculação do usuário aos serviços de saúde, sem que haja a diluição de responsabilidades, pois os casos são compartilhados no momento da reunião de equipe, podendo-se acompanhar a evolução dos mesmos. Estabelece-se, durante o início do tratamento, as linhas de cuidado. (São Paulo (Estado), p. 3-4. 2009).



discutidos casos para as outras especialidades das quais a equipe NASF dispõe e também casos para serem encaminhados para outros serviços de especialidade da rede de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ambulatórios especializados, por exemplo.

Todos os casos discutidos nas reuniões são registrados em livro ata, as informações recebidas e condutas definidas ficam registradas neste livro e também no prontuário de cada paciente. Durante essas reuniões também são discutidos casos que não são novos, isso acontece para que se faça o acompanhamento em equipe dos casos que já estão em atendimento e/ou recebendo algum tipo de assistência de alguma das equipes que participam dos trabalhos, alinhando assim as condutas dos diversos profissionais envolvidos e facilitando a comunicação da a equipe para possíveis intervenções.

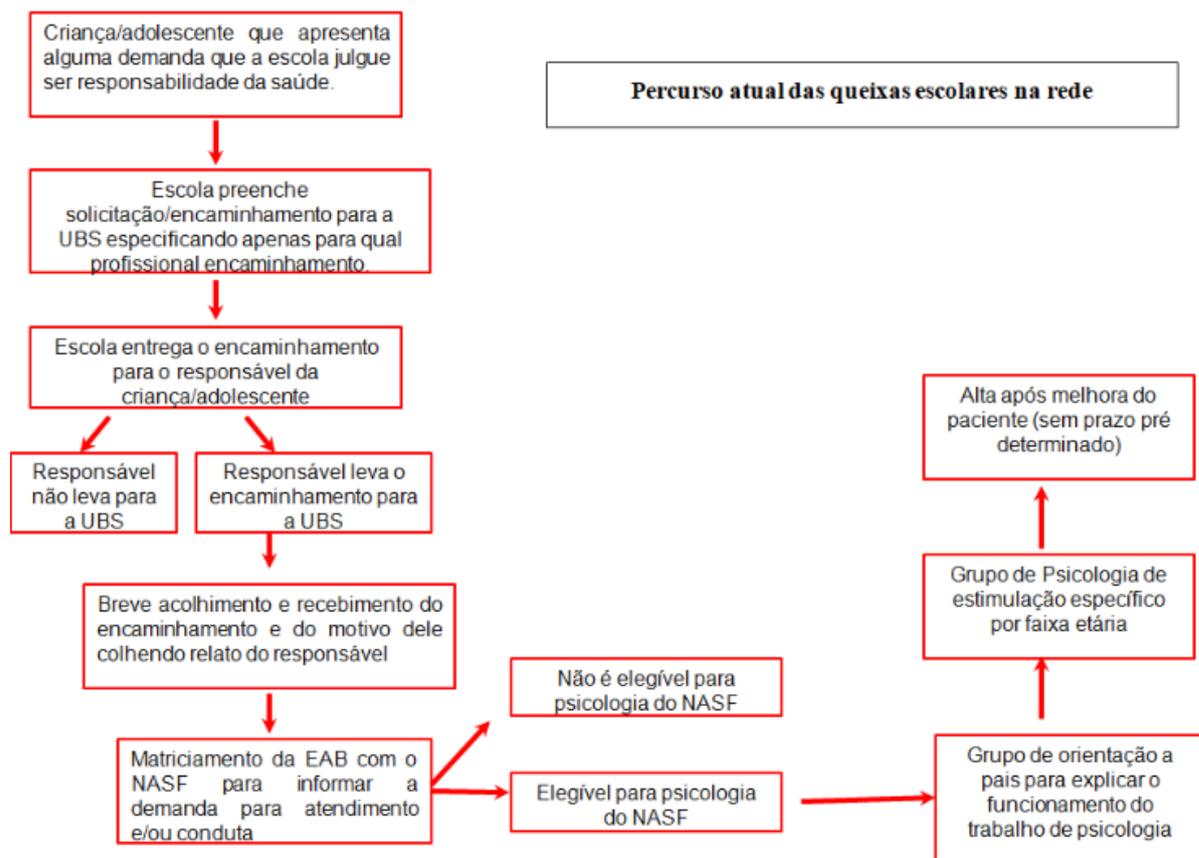
Para o presente trabalho foram tabulados apenas os casos novos que chegaram nessas reuniões com a solicitação de atendimento/avaliação psicológica. Assim sendo, o objetivo foi analisar e descrever as características das demandas recebidas para atendimento psicológico. Com isso, foram levantadas informações básicas descritivas de perfil dos pacientes encaminhados e também informações de procedência dos encaminhamentos, bem como os tipos de queixas presentes.

Para a consolidação estatística do tipo de queixa recebida, criou-se categorias considerando cada caso, com a finalidade de obtenção de um panorama geral do motivo (ou motivos) pelo qual os/as estudantes foram encaminhados/as para o atendimento psicológico. A seguir vejamos as categorias criadas: 1) Queixas Pedagógicas (QP), nessa categoria estão todas as demandas relacionadas com dificuldade de memorização, de assimilação, de aprendizado em geral, leitura, escrita, atraso na assimilação de conteúdos, lentidão de raciocínio, dificuldade com a matemática em geral, dificuldade de compreensão não só de conteúdo escolar, mas também de aprendizados necessários para realização das atividades da vida diária; 2) Queixas Comportamentais (QC), englobam-se nesta os comportamentos de irritabilidade, auto e heteroagressão, envolvimento em brigas, problemas de relacionamento, *bullying*, discriminação, exclusão e/ou opressão devido a sua origem etnia e/ou algum aspecto físico ou intelectual, comportamento estranho/incomum para sua faixa etária que atrapalham o rendimento do aluno e/ou pares, bagunça, conversa, indisciplina, rebeldia, dificuldade de linguagem e comunicação, agitação, ansiedade, medo, isolamento, insegurança, timidez, desinteresse pela aprendizagem, dificuldade de concentração e sintomas psicossomáticos; 3) Queixas Patológicas e Diagnósticos Patológicos, estão inclusos nesta os quadros já diagnosticados e/ou encaminhados com hipótese diagnóstica de síndromes, transtornos, deficiências físicas/mentais/sensoriais, comprometi-

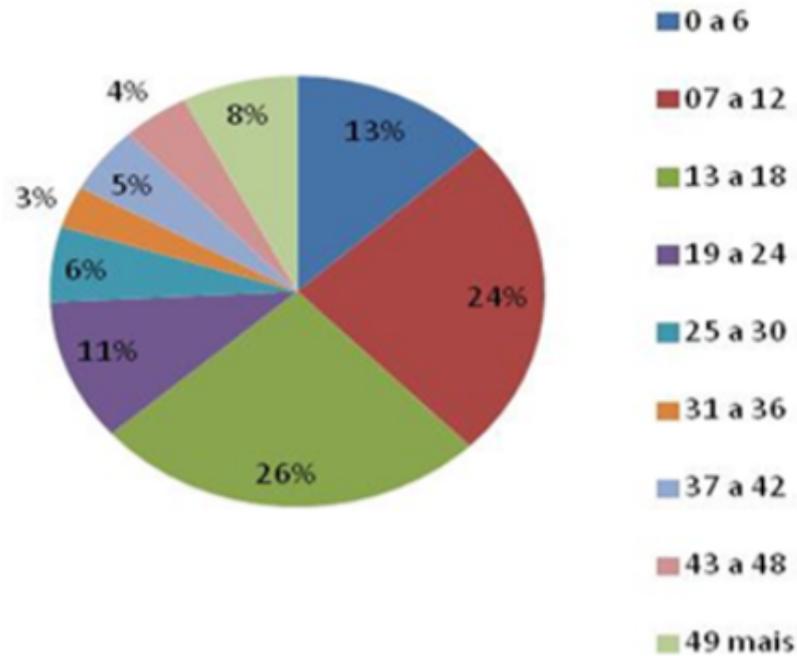


mentos físico e/ou motor que contribuam para a dificuldade escolar, e, ainda, transtornos mentais; 4) Questões Familiares, geralmente quando o paciente foi encaminhado devido a conflitos e/ou problemas que ocorrem no meio familiar e que possam estar prejudicando seu desenvolvimento, foram situados nesta categoria: a) Violência Sexual, quando o paciente encaminhado foi em decorrência de uma violência sexual; b) Violência, quando o encaminhamento do paciente foi devido à violência sofrida, e; c) Queixas Psicossociais, quando a demanda do paciente era proveniente de questões psicossociais anteriores, como desemprego, dívidas, etc.

Pode-se notar no esquema a seguir como se caracteriza o percurso dos encaminhamentos escolares atualmente:



Foram analisados os registros das reuniões realizadas no período de janeiro a julho de 2019. Ao todo foram recebidos 159 casos novos para atendimento psicológico na referida USF. A maior parte da demanda total recebida para psicologia nesse período, como vemos no Gráfico 1, foi de pessoas do sexo feminino 54%, no entanto, quando analisada a demanda de indivíduos em idade escolar a proporção é inversa, 58% do sexo masculino.

**Gráfico 1 - Solicitações recebidas por faixa etária**

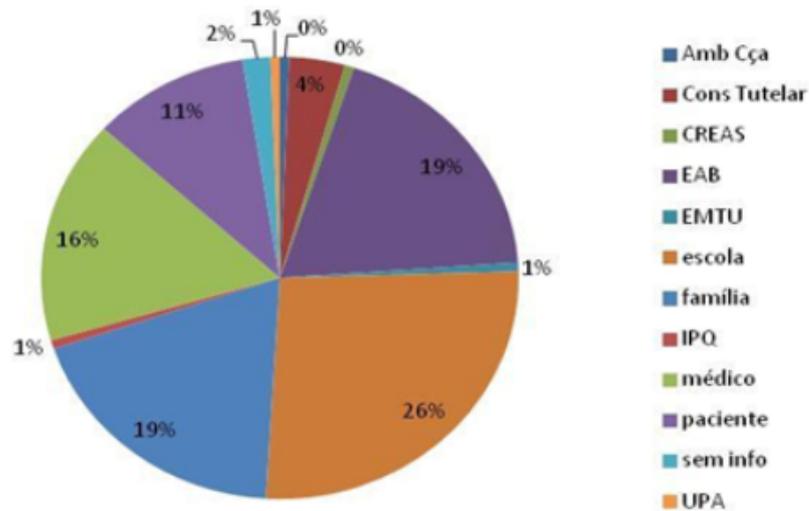
Fonte: Tarsila Maria Ovelheiro

No que diz respeito à faixa etária, observamos maior concentração de casos nas faixas etárias que abrangem a idade escolar. Apesar de haver sutil diferença de quantidade entre as faixas etárias de 7 a 12 anos e a de 13 a 18 anos, fica evidente que 50% da demanda recebida para atendimento psicológico na UBS é composto por pessoas em idade escolar.

Observa-se, no Gráfico 2, que ao longo do semestre foram recebidos encaminhamentos oriundos de diversos lugares, são eles: Ambulatório da Criança, Conselho Tutelar, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), EAB (Equipe de Atenção Básica), EMTU (Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos), escolas, solicitações das famílias, encaminhamento médico da UBS, solicitação do próprio paciente e UPA (Unidade de Pronto Atendimento).



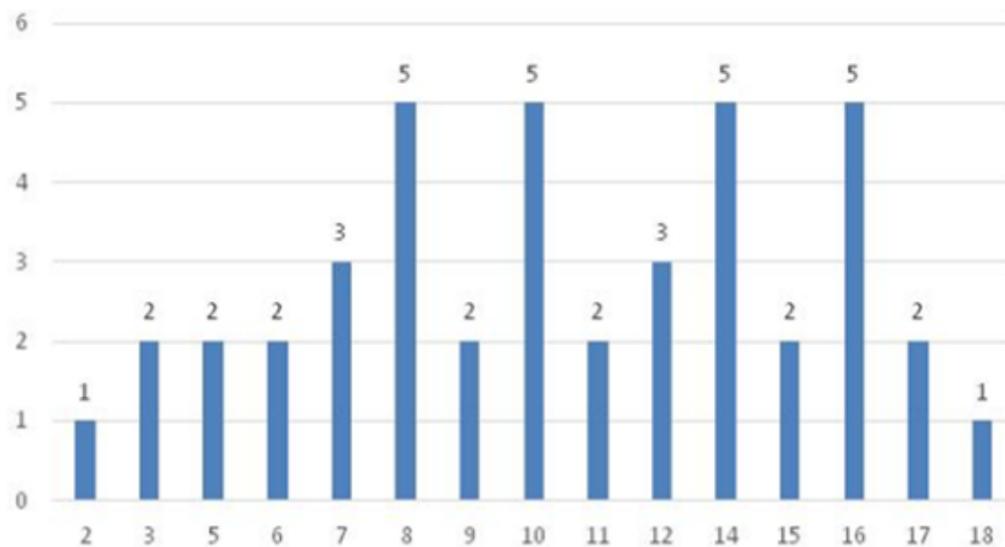
Gráfico 2 - Origem dos encaminhamentos recebidos



Fonte: Tarsila Maria Ovelheiro

As escolas foram os locais com maior número de encaminhamentos, com 42 casos, o que representou 26% da demanda recebida no período. Logo em seguida tem a EAB e solicitações feitas pela família dos pacientes com 30 casos cada um, representando, cada um deles 19% da demanda no período. Ainda assim, mesmo verificando que as escolas solicitaram a maior parte dos encaminhamentos para o psicólogo na UBS, sabia-se por meio de contato com as escolas que o número de alunos era bem maior, porém, muitos pais/responsáveis pelos mesmos terminavam por não procurar o serviço na UBS.

Gráfico 3 – Idade dos alunos (as) encaminhados (as) pelas escolas



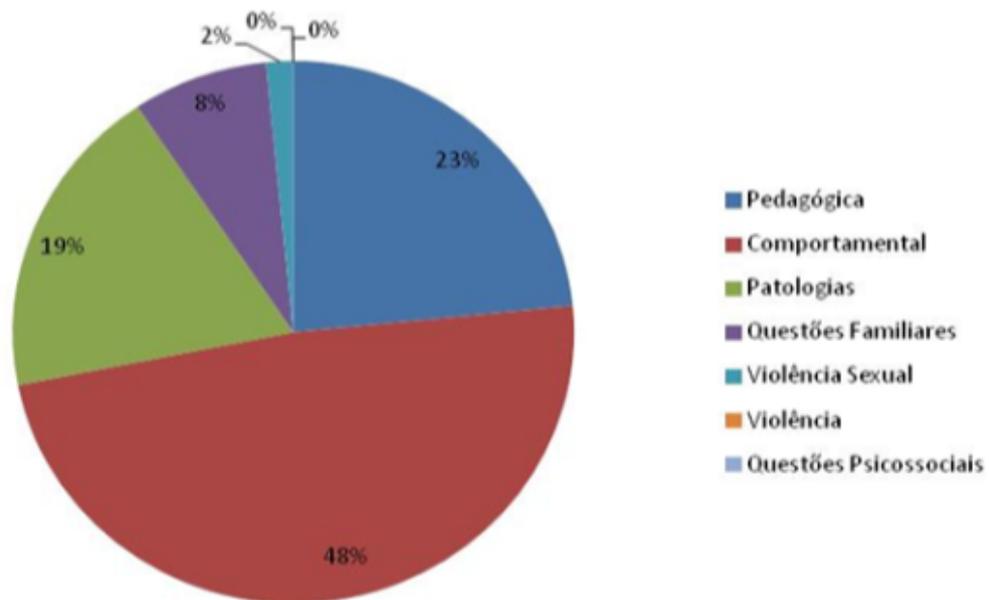
Fonte: Tarsila Maria Ovelheiro



Ao observar a idade dos alunos encaminhados pelas escolas, Gráfico 3, notou-se que as idades com maior número de encaminhamentos eram de 8, 9, 14 e 16 anos, idades estas que correspondem ao início do Ensino Fundamental I, finalização do Ensino Fundamental II e início do Ensino Médio.

No que tange aos tipos de queixas recebidas no período, Gráfico 4, foram criadas 7 categorias, nas quais foi possível encaixar cada demanda recebida para atendimento psicológico, são elas: a) queixas pedagógicas; b) queixas comportamentais; c) queixas patológicas (já diagnosticadas e/ou em hipótese diagnóstica), d) queixas de questões familiares, e) queixas motivadas por violência sexual contra o encaminhado; f) queixas motivadas por violência; e, e) queixas motivadas por questões psicossociais. Ressalta-se que cada paciente poderia apresentar mais de um tipo de queixa e que, portanto, o número de queixas contabilizadas não coincide com a quantidade de sujeitos do levantamento de dados. Diante do exposto, no que diz respeito à categorização das demandas encaminhadas pelas escolas se obteve os seguintes dados:

Gráfico 4 - Tipo de queixas encaminhadas pelas escolas



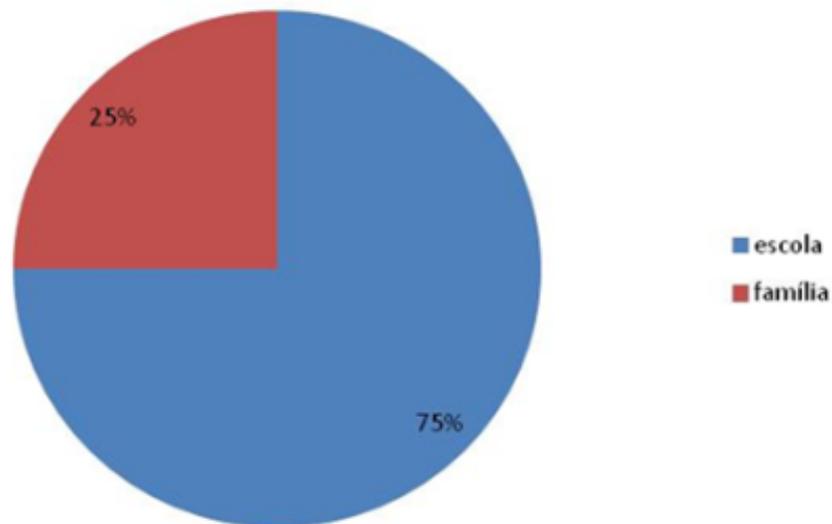
Fonte: Tarsila Maria Ovelheiro

Observando os tipos de queixas oriundas apenas dos encaminhamentos escolares, podemos notar que as queixas mais recorrentes são de questões comportamentais, representando novamente quase metade das queixas recebidas, somando 48%. Queixas pedagógicas são a segunda maior incidência, com 23%, porém já com pouca diferença da segunda categoria, que é a de demandas com questões patológicas, com 19% do total.



Vale ressaltar que na categoria das questões patológicas estão incluídos tanto os casos já diagnosticados quanto os casos que foram relatados como suspeitos e/ou que tinham características de uma demanda de origem patológica, mas que ainda não tinham confirmação. Já no que se refere às queixas pedagógicas, para entendermos qual sua origem, vejamos:

Gráfico 5 - Origem dos encaminhamentos com queixas pedagógicas



Fonte: Tarsila Maria Ovelheiro

Ao todo foram 20 casos recebidos como queixas pedagógicas e estes encaminhamentos se originaram das escolas e de solicitações de familiares, sendo que foram predominantes as queixas provenientes das escolas, o que representou 75% (N=15) dos encaminhamentos e os outros 25% (N=5) dos casos foram os de solicitações de familiares, de acordo com o Gráfico 5.

Observado os dados levantados, nota-se a necessidade de uma atenção para essa demanda que se faz tão expressiva. Dessa forma, o trabalho a ser pensado para o atendimento dela precisará de uma estratégia de trabalho que possa ser realizada dentro desse ambiente e em conjunto com outros dispositivos da rede, entendendo e atendendo às necessidades que o território está apresentando.



5 INDICATIVOS DE UMA PROPOSTA DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA INSPIRADA NOS PRINCÍPIOS DA OQE

5.0.1 Matriciamento com as escolas

Diante deste cenário, observando que as escolas são as maiores demandantes de encaminhamento de crianças e adolescentes para o atendimento psicológico na Atenção Básica e que o universo escolar é o cenário principal das queixas escolares, pois é onde surgem e são sustentadas (Souza, 2010), consideramos importante uma estratégia de intervenção que promova não só o atendimento aos alunos e familiares, mas também o diálogo com a instituição escolar com o intuito de problematizar situações cristalizadas nos estudantes e no espaço como um todo. Assim sendo, a proposta que estamos a sugerir no presente trabalho abordará estes dois aspectos da atuação do psicólogo no atendimento dos encaminhamentos escolares.

Neste novo modelo o encaminhamento também surgirá a partir dos/das profissionais da escola observando uma dificuldade do aluno. Aqui porém, propõe-se então um espaço para que essa demanda já chegue ao psicólogo da saúde de maneira qualificada e através do diálogo entre os/as profissionais da escola e da saúde, tanto para o entendimento da demanda do atendimento solicitado, quanto para orientações acerca das condutas e do andamento para o caso e também para o acompanhamento dos casos que já estejam inseridos em atendimento na saúde. O espaço em questão aqui é o apoio matricial.

Para esta reunião o profissional da escola precisará preencher um roteiro de sondagem de desenvolvimento escolar que fora previamente elaborado conjuntamente entre profissionais da saúde e da educação e encaminhar o/a responsável deste aluno para a realização de um acolhimento qualificado na USF para a obtenção de informações de desenvolvimento neuropsicomotor e histórico de saúde, através de um roteiro de entrevista previamente elaborado pela psicóloga que será entregue a ela preenchido pelo profissional que realizou o acolhimento.



As reuniões de apoio matricial já são bastante usuais dentro das unidades de saúde, mas não são tão usadas intersetorialmente. Apesar de encontrarem respaldo legal nas políticas de atenção básica e de apoio NASF. Deste modo, no momento da reunião, psicólogos/as e educadores poderão confrontar suas informações previamente levantadas e dialogar entre si, tirar dúvidas e levantar informações importantes acerca do/a escolar para o qual a escola está solicitando atendimento e, nesta mesma ocasião, o/a psicólogo/a poderá também informar a escola sobre a conduta que será oferecida ao caso (atendimento, encaminhamento a especialidade, avaliação individual etc).

Espera-se que muitas vantagens sejam obtidas com esse apoio matricial às escolas. O matriciamento é em essência também um espaço de educação permanente, dessa forma, espera-se que, com esse diálogo mais próximo entre Saúde e a Educação ajude as duas áreas entenderem melhor a realidade umas das outras e como os atendidos são inseridos nesses meios.

O fato de condicionar o recebimento dos novos encaminhamentos à presença de um/uma representante da escola disponível para a discussão do caso propõe uma maior responsabilização da escola no acompanhamento da criança e/ou adolescente que será atendido/a, uma vez que esse diálogo possibilitará uma maior compreensão da escola acerca dos fatores que podem estar contribuindo com as dificuldades no processo de escolarização do escolar.

A escola também poderá participar mais do acompanhamento dos casos e, com isso ter maior controle de quais casos estão, realmente, em acompanhamento, sendo possível desta forma, resgatar um paciente desistente caso seja um quadro de gravidade, ou mesmo verificar com os responsáveis o motivo da desistência e orientações e/ou notificações se necessário.

Mas o objetivo principal desta parte do trabalho proposta é aproximar estes dois serviços que tem uma grande importância no atendimento e na evolução positiva dos casos de queixa escolar.

5.0.2 Intervenção grupal com base nos princípios da OQE para Unidade de Saúde da Família

Ao partir do pressuposto de que a abordagem de atendimento psicológico denominada & Orientação à Queixa Escolar & (OQE), se funda na concepção de que a queixa escolar emerge e se ampara em uma rede de relações que é enredada pela criança/adolescente, sua família e a escola (Souza, 2010) e considerando que a interlocução/intervenção entre



os dispositivos que envolve a rede intersetorial deve priorizar a experiência de escolarização do sujeito, essa proposta de intervenção abordará as questões que envolve essa problemática educacional ao longo do processo de matriciamento mensal. Conforme apresentado anteriormente, será destacado, nesta seção, à proposta de intervenção de atendimento às crianças/ adolescentes e suas famílias, em forma de grupos terapêuticos.

O objeto de investigação/intervenção da OQE é esta rede e como as relações entre seus integrantes se desenvolvem. Assim, o objetivo da abordagem de atendimento é conquistar uma movimentação nesta rede dinâmica, que se direcione no sentido do desenvolvimento de todos os seus participantes e que não se tornem eternos dependentes dos serviços de psicologia. Para isto, cada participante deve ser ouvido, as informações devem circular, as diferentes versões devem ser problematizadas, confrontadas/integradas, deve-se propiciar releituras e elaborar soluções conjuntamente. As potências da rede devem ser identificadas, mobilizadas e fortalecidas. (Souza, 2010).

Como demanda a ser atendida, para a produção desta proposta, consideraremos o número de crianças e adolescentes encaminhados pela instituição escolar, para atendimento psicológico na USF, no período descrito (42 casos, de janeiro a julho de 2019). Entendemos que, para tarefa tão audaciosa quanto esta, a OQE se apresenta como abordagem adequada, pois é compatível com o modelo de atendimento grupal (muito utilizado no SUS, por sua eficiência e eficácia), é breve, focal e tem como base uma concepção de homem e de sociedade (interdependentes e de mútua determinação) alinhada com as diretrizes, princípios e preconizações de trabalho no SUS.

Em OQE, o processo todo (exceto acompanhamento) costuma durar entre dois e três meses. Aqui, considerando a demanda, profissionais disponíveis e calendário útil (devido período de férias dos profissionais), propomos 4 grupos de & Triagem de Orientação & (ver abaixo) de até 10 responsáveis cada, por semestre. O número de atendidos por grupo pode parecer alto, mas lembramos que este ainda será impactado pelo absenteísmo e encaminhamentos resultantes da triagem de orientação. Além disso, é provável que o matriciamento mensal proposto resulte na diminuição dos encaminhamentos de alunos para atendimento psicológico por parte da escola.

Após a triagem de orientação, com um número real de crianças/adolescentes demandantes pelo atendimento em OQE, os grupos poderão ser criados. Sobre sua composição, Leandrini e Saretta (2010) afirmam que “para selecionar e montar um grupo de crianças, alguns aspectos devem ser considerados, tais como: a aproximação entre os membros do grupo, que pode ser feito pelas idades, sexo e até número de participantes” (p. 380).



Também apontamos a possibilidade de agrupamento por queixa (pedagógica, comportamental, patológica, entre outras), o que poderia direcionar as intervenções a serem realizadas no grupo, tornando-as mais focais.

A condução dos grupos seria feita por, no mínimo, dois profissionais, a saber: psicólogo/a (fixo) e outro profissional de nível superior da equipe NASF ou da USF (seria necessário revezamento, devido às férias). Destacamos, aqui, que os procedimentos realizados neste contexto de Atenção Básica em Saúde são, prioritariamente, interdisciplinares.

O atendimento seria realizado no período de dois meses (nove semanas), inspirado no relato de experiência de um trabalho trazido no artigo *Atendimento em grupo de crianças com queixa escolar: possibilidades de escuta, trocas e novos olhares*, de Leandrini e Saretta (2010); e baseado nos pressupostos da OQE, tendo como referência os escritos do texto *Apresentado a Orientação à Queixa Escolar*, de Souza (2010). Nesse sentido, a seguir, apresentamos como as etapas da proposta estariam organizadas.

a) Primeiro encontro: triagem de orientação (duas horas de duração).

A ser realizado com o grupo de pais ou responsáveis (incentivando também a presença do pai, que habitualmente não acontece). Nesta sessão, será solicitado que tragam o material escolar da criança. Como objetivos, estão a apresentação da modalidade de atendimento; a escuta da versão dos pais/responsáveis acerca das queixas; investigação, reflexão e busca de soluções conjuntas para as demandas expostas por todos os participantes; verificar se a demanda seria atendida de forma adequada pela proposta.

Souza (2010) destaca que a triagem de orientação realizada em grupo facilita o diálogo horizontal e produz, através das reflexões coletivas, sensação de acolhimento e pertencimento (transformação da crença de serem & desviantes &), identificação, além do surgimento e troca de informações, recursos e soluções. Neste momento, as possibilidades de desfechos são diversas, a saber, continuidade do atendimento em OQE, alta, encaminhamento para outros serviços da rede de saúde ou intersetorial, etc.

Ainda segundo a autora, ao perceber a necessidade da construção de uma abordagem de atendimento que superasse as dificuldades das práticas tradicionais, considerou que também é preciso ter um olhar para as origens de classes sociais (camada socioeconômica, grupo étnico e religioso, por exemplo) dos envolvidos e os desdobramentos disso na vida e carreira escolares da criança ou adolescente atendido. Observamos que este momento de atendimento é uma oportunidade para o início da observação também desses aspectos, encaminhando as famílias para outras especialidades na UBS ou rede intersetorial que se mostrarem adequadas (assistência social, por exemplo) (Souza, 2010).



b) Encontros com as crianças/ adolescentes (uma hora e meia de duração).

Souza (2010) coloca que não há roteiro definido. Os encontros e atividades propostas devem ser planejados com o que o processo sugere. Também não são utilizados testes psicométricos, mas a realização de observações e interações no espaço, em uma relação de acolhimento, confiança e aposta na capacidade dos presentes. Geralmente são utilizados materiais comuns aos atendimentos em psicoterapia infantil, tais como jogos, materiais expressivos, livros, etc. Aqui, destaca-se a exploração do material escolar.

Além de colher a versão da criança/adolescente sobre a queixa e oferecer acolhimento para seus sofrimentos e dificuldades, para que aí possam existir simbolicamente e serem pensáveis, Souza (2010) declara, que os objetivos desses atendimentos, possíveis a partir de uma relação horizontal que não empobrece os atendidos em função de um suposto saber, são de possibilitar a esperança (percebendo e acolhendo as necessidades dos atendidos); de propiciar sua condição de sujeito da própria história, que percebe, pensa e intervém no mundo como sujeito singular; de pensar com a criança/adolescente sobre aquilo que ele não tem poder de determinar ou mudar e, finalmente, favorecer as suas capacidades e potencialidades (afetivas e cognitivas).

c) Organização de temáticas grupo a grupo, segundo experiência relatada por Leandrini e Saretta (2010):

1 - Apresentações iniciais e integração do grupo;

2 - Retomada das discussões do primeiro encontro e proposta uma atividade em que as crianças/ adolescentes possam descrever suas próprias queixas e refletir sobre as mesmas;

3 - Promoção de interação grupal, objetivando a integração. Observação do movimento do grupo, além de investigação e avaliação da maneira como pensam e planejam as estratégias de jogo e seus conhecimentos específicos em matemática (números e operações simples);

4 - Conhecer interesses individuais pelas atividades e parcerias, bem como investigar e avaliar a leitura e a escrita;

5 - Nomeação e discriminação de sentimentos e as percepções acerca das relações estabelecidas na escola, nessa etapa já providenciando o envio do questionário para as escolas;

6 - Retomada do encontro anterior, conversa, análise e discussão de formas novas de olhar as relações e as pessoas que estão ao nosso redor;



7 - Conversa sobre o encerramento das sessões a partir de um jogo coletivo;

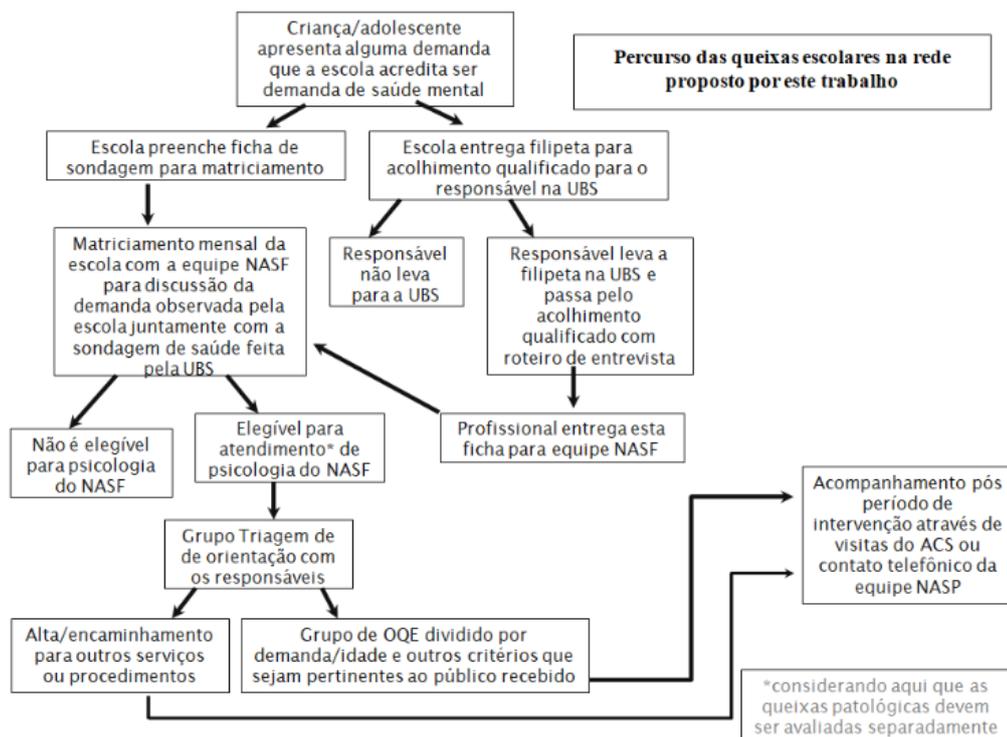
8 - Encerramento dos encontros semanais, esclarecimentos finais sobre casos e encaminhamentos necessários, podendo ser em grupo com as crianças/adolescentes e depois com familiares ou com crianças/adolescentes junto com familiares;

d) Acompanhamento.

Souza (2010) explicita que acontece pelo contato telefônico, com os envolvidos na rede de relações objeto de intervenção (família, criança/adolescente e escola), posterior ao término do processo terapêutico. Este procedimento se justifica pela observação da dificuldade que alguns atendidos apresentam em ter acesso a recursos que decidiram procurar a partir da OQE sem ajuda, comumente por falta de informação, burocracias e outros.

Neste trabalho, nossa proposta sugere ainda que o acompanhamento também possa ser realizado por meio das visitas domiciliares periódicas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e no matriciamento mensal proposto com as escolas.

Por fim, realizamos um quadro-síntese para ilustrar os caminhos da proposta discutida ao longo deste trabalho, proposta esta que trará aos fluxos de trabalho algumas mudanças nos percursos que esses encaminhamentos fazem entre a escola e a Atenção Básica:



Fonte: As autoras



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explicitado ao longo da discussão proposta, o expressivo direcionamento de demandas educacionais para diagnósticos da saúde e da saúde mental nos estudantes, geralmente, explicados por uma base biológica, denota uma compreensão e abordagem que retira a materialidade histórica e cultural do processo de escolarização e do desenvolvimento da criança/adolescente. Tais explicações são oriundas de um entendimento ideológico, historicamente construído a partir de matrizes de conhecimento coloniais, em sua maioria norte-americanas, que mantêm um olhar que justifica o deslocamento de questões escolares à área da saúde.

O enfoque no matriciamento, já muito utilizado no Sistema Único de Saúde, se apresenta como promissor instrumento na interlocução com as escolas, no processo de atendimento em Orientação à Queixa Escolar, podendo contribuir com o rompimento de concepções que fundam o atendimento da queixa escolar a partir do modelo clínico tradicional.

Além disso, vislumbramos que a estratégia gere impactos positivos, a médio e longo prazo, como a autorreflexão institucional e fortalecimento das potencialidades dos educadores, valorizando estratégias escolares de enfrentamento das queixas escolares e, a partir disso, conseqüente diminuição de crianças e adolescentes medicalizados e, também, menos encaminhamentos para atendimento psicológico na USF.

A intenção do grupo de construir uma proposta de atendimento em Orientação à Queixa Escolar no âmbito da saúde, pode ser considerada ousada, contudo, de maneira singela, é uma tímida contribuição pertinente para o momento, considerando que atualmente a demanda de queixa escolar que chega às USF quase sempre não são atendidas de acordo com a abordagem da OQE. O intento foi de construir uma proposta viável, vislumbrando atendimento para os encaminhamentos que já são recebidos, mas que, muitas vezes, ficam sem respostas/soluções, ou ainda que se mantêm em processos demorados, muitas vezes sem uma visão crítica do papel de cada ator/atriz na busca da desmedicalização da vida.



Pelos estudos realizados durante o curso de atualização em Orientação à Queixa Escolar, entendemos que a abordagem em OQE, que tem como fundamento os pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Escolar de perspectiva crítica, é bastante aplicável ao contexto da USF, pois esta apresenta condições (inserida no território, trabalho comunitário, em rede, foco em promoção de saúde, etc.) e dispõe de ferramentas que potencializam as intervenções (o próprio matriciamento com as escolas e a equipe da unidade, trabalho com grupos, presença do agente comunitário de saúde, etc.), possibilitando melhor atendimento dos casos de alunos(as) com dificuldades no processo de escolarização que chegam à saúde.

Nesse sentido, educação e saúde podem juntar forças, refletir sobre as dificuldades em comum para melhor construir, e elaborar conjuntamente, estratégias que podem ser planejadas e compartilhadas, considerando a especificidade de cada serviço. Em nossa concepção, parece-nos que o fortalecimento dessa integração se revela como potente na desconstrução de um enfoque que naturaliza e individualiza os problemas educacionais que surgem no aluno, muitas vezes disfarçados e reduzidos somente no estudante como dificuldade de aprendizagem e/ou de comportamento. A abordagem OQE considera o homem concatenado com o todo no mundo, principalmente pelo seu contexto histórico e cultural, compreendendo a criança e/ou adolescente como um ser integral e, por isso, potencializa forças e disputas para promover a garantia de uma educação de qualidade para todos promovendo aproximações e estreitando laços entre as instituições que existem para garantir mais proteção e melhor desenvolvimento para todos nos termos da Lei.

Ao partir dessa compreensão, este trabalho buscou contribuir com reflexões que procurassem discutir o percurso da queixa escolar na área da saúde propondo um caminho possível, particularmente, ao considerar a dinâmica de relação como um elemento mediador de tentativas de rupturas e superação de pressupostos medicalizantes e patologizantes que permeiam as concepções e práticas dirigidas às crianças e/aos adolescentes.



7 BIBLIOGRAFIA

Abreu Junior, L. M., & Carvalho, E. V. (2012). Relações Entre Educação, Higienismo, Moral e Patriotismo na I Conferência Nacional de Educação (1927). *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.45, pp. 62-77, mar. Doi: 10.20396/rho.v12i45.8640136.

Antunes, M. A. M. (2003). Psicologia e Educação no Brasil: um olhar histórico-crítico. In: M. E. M. Meira, & M. A. M. Antunes (Orgs.), *Psicologia escolar: teorias críticas* (pp. 139-168), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Antunes, M. A. M. (2008). Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.), vol.12 n°.2 Campinas Dec. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413557200800020020

Antunes, M. A. M. (2012). A Psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=141489320120005&lng=pt&nr_m=iso

Barbosa, D. R. (2011). *Estudos para uma história da Psicologia Educacional e Escolar no* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br

Barbosa, D. R. (2012). Contribuições para a Construção da Historiografia da Psicologia Educacional e Escolar no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (num. esp.), pp. 104-123. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-989320120005000_08

Barbosa, R. M., & Marinho-Araújo, C. M. (2010). Psicologia escolar no Brasil: considerações e reflexões históricas. *REV. Estudos de Psicologia I*. Campinas I 27(3) jul-set, 393-402. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000_300011

Bock, A. M. B. (2003). Psicologia da Educação: cumplicidade ideológica. In M. E. M. Meira, & M. A. M. Antunes (Orgs.), *Psicologia escolar: teorias críticas* (pp. 79- 104).



São Paulo: Casa do Psicólogo.

Braga, S., & Morais, M. (2007). Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. *Psicologia USP*, 18(4), 35-51. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000400003>

Brasil. Ministério da Saúde. (2010) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (pp. 16- 17). Brasília - DF. Recuperado de: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramenta para gestão e para o trabalho cotidiano. *Cadernos de Atenção Básica*, n.º39. (pp. 17). Brasília - DF. . Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

Costa, J. F. (1980). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

Costa, J. F. (2004). *Ordem Médica e Norma Familiar*. 5ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Costa Neto, Milton Menezes de. (2000). A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*. (pp.13). Brasília. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf

Facci, M. G. D., & Silva, S. M. C. (2014). Por uma formação para uma atuação crítica em Psicologia Escolar e Educacional. In M. P. R. Souza, S. M. C. Silva, & K. Yamamoto (Orgs), *Atuação do psicólogo na Educação Básica: concepções, práticas e desafios* (275-282). Uberlândia: EDUFU.

Fórum sobre Medicalização da Sociedade e da Educação (2010). In *Quem Somos*. Recuperado de: medicalizacao.org.br

Guzzo, R. S. L. (2011). Formando psicólogos escolares no Brasil: dificuldades e perspectivas. In S. M. Wechsler (Org.), *Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática* (4ª ed., pp. 63-79). Campinas, SP: Alínea.

Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (2004). In *Início*. Recuperado de: queixa-escolargiqe.com



Leandrini, K. D.; Saretta, P. (2010). Atendimento em grupo de crianças com queixa escolar: possibilidades de escuta, trocas e novos olhares. In Souza, B. P. , Orientação à queixa escolar (pp. 379 - 398). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lima, A. L. G. (2015). Administração das diferenças individuais na escola: um estudo histórico do discurso da Psicologia sobre as crianças que não aprendem. In D. B. Catani, & D. Gatti Júnior (Orgs.), *O que a escola faz? Elementos para compreensão da vida escolar* (pp. 17-50). Uberlândia: EDUFU.

Machado, A. M. (1997). Avaliação e fracasso: produção coletiva da queixa escolar. In: J. G. Aquino (Org.), *Erro e fracasso na escola: alternativas teóricas e práticas* (5a ed., pp. 73-90). São Paulo: Summus editorial.

Machado, A. M. (2008). Os psicólogos trabalhando com a escola: intervenção a serviço do quê? In M. E. M. Meira, & M. A. M. Antunes, (Orgs.), *Psicologia escolar: práticas críticas* (pp. 63-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Maluf, M. R., & Cruces, A. V. (2008). Psicologia educacional na contemporaneidade. *Boletim Academia Paulista de Psicologia* (01/08), pp. 87-99.

Meira, M. E. M. (2000). Psicologia escolar: pensamento crítico e práticas profissionais. In E. R. Tanamachi, M. Proença, & M. L. Rocha (Orgs.), *Psicologia e educação: desafios teórico-práticos* (pp. 35-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morais, M. L. S., Carvalho, E. E. & Minto, E. E. W. (2000). Saúde Escolar x Saúde do Escolar. In Moraes, M. L. S. e Souza, B. P. (Orgs). *Saúde e Educação: muito prazer!: novos rumos no atendimento a queixa escolar* (pp. 42 a 50). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moura, R. H., & Boarini, M. L. (2012). A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. pp. 217-235.

Neves, M. M. B. J. (2007). Formação inicial em Psicologia Escolar: questões apontadas por alunos de graduação. In H. R. Campos (Org.), *Formação em Psicologia Escolar: realidades e perspectivas*. 2ª ed. Campinas, SP: Alínea, pp. 49-68.

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento. Ministério do Planejamento. Infraestrutura Social e Urbana. (2019). Recuperado de: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saud>

Patto, M. H. S. (1984). *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia*



Escolar. Paulo: T. A. Queiroz.

Patto, M. H. S. (1990/2000). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rocha, N. M. D. (2004). A Faculdade de Medicina da Bahia e a Preocupação com Questões de Ordem Psicológica Durante os Oitocentos. In M. Massimi & M. C. Guedes (Orgs.), *História da Psicologia no Brasil: novos estudos*, (pp. 89-107). São Paulo: Cortez/EDUC.

Silva, M. J. (2019). *Psicólogos(as) na Educação em Boa Vista/Roraima: práticas e desafios*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br

Souza, M. P. R. (1996). *A Queixa Escolar e a formação do psicólogo*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br>

Souza, M. P. R. (2009). História: Psicologia Escolar e Educacional em Busca de novas Perspectivas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional* (ABRAPEE). Volume 13, Número 1, Jan./Jun. pp.179-182. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n1/v13n1a21.pdf>

Souza, B. P. (2010). Apresentando a Orientação à Queixa Escolar. In Souza, B. P., *Orientação à queixa escolar* (pp. 97 -116). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, M. P. (2014a). O movimento de crítica em psicologia escolar: elementos para a compreensão da trajetória de uma área de atuação profissional. In M. P. Souza, S. M. Silva, & K. Yamamoto (Orgs.), *Atuação do psicólogo na educação básica: concepções, práticas e desafios* (pp. 13-32). Uberlândia, MG: EDUFU.

Souza, M. P. R. (2014b). Desafios para uma atuação profissional de psicólogos frente à queixa escolar: compromisso ético, político e social. In M. P. R. Souza, S. M. C. Silva, & K. Yamamoto (orgs), *Atuação do psicólogo na Educação Básica: concepções, práticas e desafios* (pp. 283-294). Uberlândia: EDUFU.

Souza, M. P. R. (2017). Atuação do psicólogo na Educação no Brasil: concepções, práticas e desafios. In M. A. Fontes (Org.), *Pesquisas: Psicologia* (pp. 75-90). Lisboa: CHIADO EDITORA.

Souza, M. P. R., Gomes, A. M. M., Checchia, A. K. A., Lara, J. S. A., Roman, M. D., & Caldas, R. F. L. (2014). Atuação do psicólogo na rede pública de educação de Aão



Paulo. In M. P. R. Souza, S. M. C. Silva, & K. Yamamoto (orgs), *Atuação do psicólogo na Educação Básica: concepções, práticas e desafios* (pp. 143-172). Uberlândia: EDUFU.

Tanamachi, E. R. (2000). Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em psicologia escolar. In: E. R. Tanamachi, M. Proença, & M. L. Rocha (Orgs.), *Psicologia e educação: desafios teórico-práticos* (pp. 73-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tanamachi, E. R., & Meira, M. E. (2003). A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In M. E. Meira, & M. A. Antunes (Orgs.), *Psicologia escolar: práticas críticas* (pp. 11-62). São Paulo: Casa do Psicólogo.

'Fractured Discourse': Reflections on the Subject and Methodology of Intervention in School Psychology [versão em português]. In M. P. R. de Souza, G. Toassa, & K. C. S. F. Bautheney (Orgs.), *Psychology, Society and Education: Critical Perspectives in Brazil* (pp. 113-130). Hauppauge, NY: Nova Publishers.

UBS - Unidade Básica de Saúde. (2019). Recuperado de: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>



ANEXO A – DOCUMENTOS DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Tarsila Mana Ovelheiro, CPF 226.154.138-48, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa intitulado “Orientação à Queixa Escolar no SUS: uma intervenção possível!” que será apresentado como trabalho final do curso Orientação à Queixa Escolar ministrado e coordenado pela psicóloga Me. Beatriz de Paula Souza.

Comprometo-me a apresentar cópia do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, como condição para retirar a AUTORIZAÇÃO definitiva assinada pela Secretária da Saúde, bem como carta de anuência da gestão local, antes do início de qualquer atuação junto aos trabalhadores e ou usuários dos serviços da Rede Municipal de Saúde de Guarulhos, condição *sine qua non* no envolvimento de seres humanos, outrossim, dispensável caso não seja necessário.

Comprometo-me a apresentar cópia da Pesquisa concluída à Divisão de Gestão da Educação na Saúde – Escola SUS Guarulhos, após término e aprovação nas instâncias educacionais pertinentes, em formato .pdf, e autorizo a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisas – CAAPP da Secretaria da Saúde de Guarulhos, a fazer uso deste, em seu acervo bibliográfico, bem como me comprometo a dar devolutiva aos usuários e trabalhadores envolvidos e a participar de qualquer divulgação dos resultados obtidos nos processos educacionais dentro da programação técnico-didática-científica desta instituição.

Comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na Unidade de Saúde da Família Soberana, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS 466/12.

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada somente nas dependências da Unidade de Saúde da Família Soberana da Secretaria da Saúde de Guarulhos, de acordo com as condições existentes para o desenvolvimento deste projeto, e conforme a DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA que retiro nesta data. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a descrever como atualmente acontece o fluxo dos encaminhamentos de escolares para a área da saúde num contexto de Unidade Básica de Saúde.



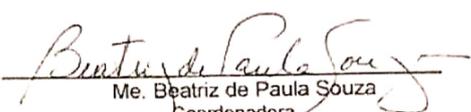
SECRETARIA DA SAÚDE
GABINETE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA SUS GUARULHOS
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS DE PESQUISAS - CAAPP

Guarulhos, 25 de Novembro de 20 19



Tarsila Maria Ovelheiro

Ciente e respondendo solidariamente pelo Compromisso firmado,



Me. Beatriz de Paula Souza
Coordenadora
Curso Orientação à Queixa Escolar
Instituto de Psicologia
Universidade de São Paulo



SECRETARIA DA SAÚDE
GABINETE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA SUS

Declaração de Anuência

Eu, **Miruna Moraes Melo**, gerente da Unidade de Saúde Soberana, da Secretaria da Saúde de Guarulhos, declaro que estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada “Orientação à Queixa Escolar no SUS: uma intervenção possível” apresentado à Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisas – CAAPP da Secretaria da Saúde de Guarulhos, sob responsabilidade da pesquisadora Tarsila Maria Ovelheiro, nas dependências desta Unidade e/ou no território da área de abrangência sob minha responsabilidade sanitária, após avaliação da CAAPP e autorização da Secretária da Saúde.

Guarulhos, 22 de Novembro de 20 19

Miruna Moraes Melo
Gerência em Saúde
CF - 59321

Miruna Moraes Melo



SECRETARIA DA SAÚDE
GABINETE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA SUS

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR DA INSTITUIÇÃO

Eu, Dr^a ANA CRISTINA KANTZOS DA SILVA, abaixo assinado, responsável pela Secretaria da Saúde de Guarulhos, autorizo a realização do estudo “Orientação à Queixa Escolar no SUS: uma intervenção possível”, a ser conduzido na Unidade de Saúde da Família Soberana, onde a pesquisadora pretende descrever como atualmente acontece o fluxo dos encaminhamentos de escolares para a área da saúde num contexto de Unidade Básica de Saúde, pela pesquisadora Tarsila Maria Ovelheiro.

Fui informada pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisas – CAAPP da Secretaria da Saúde de Guarulhos, que a responsável pelo estudo forneceu cópia do projeto de pesquisa, contendo as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na Unidade de Saúde da Família Soberana, vinculada à instituição a qual represento.

Declaro ainda que no caso de pesquisas que envolvem seres humanos, a pesquisadora fornecerá cópia do Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, pois conhecemos e cumprimos as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, antes de iniciar efetivamente a pesquisa de campo.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como campo de pesquisa do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, e que disponibilizamos a infraestrutura que a pesquisadora identificou como necessária para realização do estudo proposto.

Guarulhos, 25 de Novembro de 2019.

Ana Cristina Kantzos da Silva

Secretária da Saúde da Prefeitura Municipal de Guarulhos