**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

MARCIUS VINICIUS GONÇALVES CORREIA

**Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à
demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo**

“Versão Corrigida”

**São Paulo
2016**

MARCIUS VINICIUS GONÇALVES CORREIA

**Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à
demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Ronilda Iyakemi Ribeiro
Co-Orientadora: Profa. Titular Marilene Proença
Rebello de Souza

**São Paulo
2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Correia, Marcius Vinicius Gonçalves.

Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar. Um estudo de caso no município de São Paulo / Marcius Vinicius Gonçalves Correia; orientadora Ronilda Iyakemi Ribeiro. -- São Paulo, 2016.

229 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Saúde pública 2. Educação básica 3. Medicalização 4. Queixa escolar 5. Políticas intersetoriais I. Título: Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo.

RA425

Nome: CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves.

Título: Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Presidente Profa. Dra. Ronilda Iyakemi Ribeiro-Universidade de São Paulo

Membro Titular

Membro Titular

Membro Titular

Membro Titular

Membro Titular

Dedico esta tese às crianças que, por motivos diversos - raciais, religiosos, familiares, ausência de políticas públicas -, são diariamente excluídas da possibilidade do diálogo intersetorial educação-saúde na promoção do desenvolvimento escolar.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ronilda Yakemi Ribeiro, pelo rigor e competência acadêmica na sua orientação, não só de doutoramento, mas principalmente de vida, através do seu olhar universal pelo coletivo dos menos favorecidos.

À Professora Titular Marilene Proença Rebello de Souza, por ter aceito o convite para participar como co-orientadora desta tese e pelo rigor e competência acadêmica dedicados à pesquisa. Reitero o meu orgulho de poder compartilhar da sua vivência e experiência na militância e promoção da saúde escolar.

Às minhas filhas: Renata Gomes Navarro, Larissa Soldate Correia e Luana Gomes Correia; por muitas vezes falhei no complexo papel da paternidade, outras poucas acertei, mas sempre acreditei que semeando educação colheríamos bons frutos, na verdade, já estamos colhendo. À Claudia, que sempre me apoiou nos meus sonhos e me deu o suporte necessário para construir essa família maravilhosa que hoje tenho.

À Maria Helena Sateles (*in memoriam*), Agente Comunitária de Saúde da Comunidade de Cantinho, Cristópolis-BA, que sempre acreditou e creditou seus esforços na melhoria do diálogo educação-saúde de sua comunidade.

À Valeria Marques Galatti Prado, gerente administrativa da Unidade Básica de Saúde e Ambulatório Médico de Especialidades de Vila Maria-Vila Guilherme, da região norte do município de São Paulo, por contribuir e valorizar o diálogo intersetorial educação-saúde de sua região, sem a qual não seria possível a realização desta proposta intervenção; obrigado de coração.

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.
Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.

(ANDRADE, Carlos Drummond de. No meio do caminho. *Revista de Antropofagia*, São Paulo, pagina 1, 1928, julho)

RESUMO

CORREIA, M.V.G. Diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo. 2016. 229 f. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo 2016.

A tese proposta tem por objeto de estudo a política intersetorial Educação-Saúde voltada para o atendimento a demandas escolares nos serviços de saúde pública. Tem por objetivos contribuir com subsídios para a ampliação do debate sobre o uso de recursos não medicalizantes no atendimento à demanda escolar no âmbito dos Serviços Públicos de Saúde; para a formulação de uma política pública intersetorial com corresponsabilidade social dos setores de educação e saúde em busca de qualidade e atendimento integral à saúde escolar e para a formulação de uma proposta de otimização de recursos públicos de atendimento à queixa escolar, já existentes nos setores de saúde e de educação. Estabelecidos esses objetivos, foi desenvolvida uma experiência de intervenção com recursos intra e interinstitucionais do Sistema Único de Saúde, visando a explorar novas formas de atender ao grande número de encaminhamentos realizados por escolas. A proposta decorrente dessa experiência, denominada *Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional - NASE*, encontra nicho no Programa Saúde na Escola. A pesquisa intervenção aqui descrita foi realizada durante o ano de 2014 em uma unidade de saúde da cidade de São Paulo, que estabeleceu parceria com uma escola municipal vizinha. Os dados primários foram obtidos por meio de fichas de alunos com queixa escolar encaminhados ao Serviço de Saúde, questionários aplicados a pais e/ou responsáveis, oficinas de vivência e assistência social e atendimentos clínicos. Foram constituídos dois grupos de crianças encaminhadas para atendimento médico pela coordenação da escola e por professores. Embora o número de crianças não tenha sido o mesmo nos dois grupos, foi possível observar uma similaridade relativa ao tipo de queixa escolar: entre crianças encaminhadas pela coordenação da escola (71 do Ciclo I), 36,6% apresentavam dificuldade de aprendizagem e, entre as encaminhadas por professoras (26, sendo 13 do Ciclo I e 13 do Ciclo II), 80,76% apresentavam dificuldades na escrita, leitura, e na compreensão e interpretação de textos. Apresentaram queixa de alterações de comportamento, 21,22% do grupo encaminhado pela coordenadora e 73,07% do encaminhado por professoras. Desse conjunto de crianças, três foram selecionadas para desenvolverem atividades do referido *Projeto Terapêutico Singular*. Junto a essas crianças foram coletados dados por meio de exame neurológico, de um questionário e de participação em “oficinas de vivência e assistência social”. Foram realizados três encontros em grupo. As oficinas, integradas por um neurologista, uma psicóloga e uma assistente social, propiciaram oportunidade de realização de atividades lúdicas de aprendizagem, favoreceram o conhecimento da vida afetiva e sócio histórica das crianças e suas famílias e possibilitaram uma visão crítica da demanda de atendimento à queixa escolar. Foi possível constatar a necessidade de redirecionamento dessa demanda, podendo ser o NASE uma ponte transitória e importante no diálogo intersetorial educação-saúde.

Palavras-Chaves: Saúde pública. Educação básica. Medicalização. Queixa escolar. Políticas intersetoriais

ABSTRACT

CORREIA, M.V.G. **Education-health intersectoral dialogue in the municipal public service meeting the demands of school complaints. A study case in São Paulo.** 2016. 229 f. Thesis (Ph.D.), Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo in 2016.

The proposed thesis has as its object of study the Education-Health intersectoral policy directed to meet the educational complaints on public health services. It aims to contribute with subsidies to expand the debate over the use of non-medicalized resources in the care of school complaints within the Public Health Services; for the development of an inter-sectorial public policy with social responsibility of the education and health sectors in pursuit of quality and full care for school health and for the development of an optimization proposal for public funds to assist the school complaints, which already exist in the health and education sectors. Established this objectives, an intervention experience with intra and inter-institutional resources from the Public Health System was developed, in order to explore new ways of meeting the large number of referrals made by the schools. The proposal resulting from this experience, called Singular *Therapeutic Project Support Center for Educational Health* – NASE, finds housing in the School Health Program. The intervention research described here was carried out during the year 2014 in a health facility in the city of São Paulo, which was partnered with a nearby municipal school. Primary data were obtained through records of students with school complaints referred to the Health Service, questionnaires given to parents and / or guardians, experience workshops and social care and clinical care. Two groups of children, referred for medical care by the school coordination and teachers, were formed. Although the number of children has not been the same in both groups, it was possible to observe a similarity related to the type of school complaints: among children referred by the school coordination (71 from Cycle I), 36% had learning disabilities and, among the ones referred by the teachers (26, 13 from Cycle I and 13 from Cycle II), 80,76% had difficulties in writing, reading, and comprehension and interpretation of texts. Behavioral changes were showed in 21, 22% of the group sent by the coordinator and 73,07% of the group referred by teachers. From this set of children, three were selected to develop activities from the aforementioned Singular Therapeutic Project. Among these children data were collected through neurological exams, a questionnaire and the participation in “workshops of living and social care”. Three group meetings were conducted. The workshops, staffed by a neurologist, a psychologist and a social worker, have enabled the opportunity to accomplish playful learning activities, favored the knowledge of the affective life and social history of the children and their families, and provided a critical view over the demand for assistance to school complaints. It was possible to observe the need to redirect this demands, may possibly be the NASE a transitory and important bridge in the education-health intersectoral dialogue.

Key Words: Public health. Basic education. Medicalization. School complaint. Intersectoral policies.

LISTA DE SIGLAS

ABS- ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

AMA- ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL

AMA_E- ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

APA- ASSOCIAÇÃO PSQUIÁTRICA AMERICANA

APS- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPS- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

CAPS I- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL INFANTIL

CD- COMPACT DISC

CEO- CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CEREST- CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

CIAPRE- CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DE ATENÇÃO E APRENDIZAGEM

CRS- COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

DISAPRE- DISTÚRBIOS DA APRENDIZAGEM

D.L- DECRETO DE LEI

DSM-IV- DIAGNOSTIC AND STATISCAL MENTAL DISORDERS IV

DSM-V- DIAGNOSTIC AND STATISCAL MENTAL DISORDERS V

DST- DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

DVD- DIGITAL VERSATILE DISC

ECG- ELETROCARDIOGRAMA

EEG- ELETROENCEFALOGRAMA

EMEF- ESCOLA MUNICIPAL DO ENSINO FUNDAMENTAL

ENE- EXAME NEUROLÓGICO EVOLUTIVO

ENEM- EXAME NACIOANL DO ENSINO MÉDIO

EPS- ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

ESF- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FCM- FACUDADE DE CIENCIAS MÉDICAS

FLSA- FACULDADE DA LINGUAGEM EM SENTIDO AMPLO

FLSE- FACULDADE DA LINGUAGEM EM SENTIDO ESTRITO

FNDE- FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

FUNDEB- FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

GIQUE- GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE QUEIXA ESCOLAR

GT- GRUPO DE TRABALHO

HIV- HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

IDEB- ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

INEP- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS

INSERM- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE EM PESQUISA MÉDICA

IREPS- INICATIVA REGIONAL DE ESCOLA PROMOTORAS DE SAÚDE

LC- LEI COMPLEMENTAR

LIEPE- LABORATÓRIO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EM PSICOLOGIA ESCOLAR

MAPA- MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL

MS/GM- MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO

MSP- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MTA-SNAP IV- MULTIMODALITY TREATMENT STUDY THE REVISATE QUESTIONARY OF SCALE THE SWANSON, NOLAN E PELHAM

NAAPA- NÚCLEO DE APOIO E ACOMPANHAMENTO PARA A APRENDIZAGEM

NASE- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE EDUCACIONAL

NASF- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

NIR- NÚCLEO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO

NOB SUS- NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONGs- ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

OPAS- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE

OSE- ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE EDUCAÇÃO

OSS- ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

PAIS- PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

PDE- PLANO DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

PIBID- PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA

PNAB- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAD- PROGRAMA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR

PNH- POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PNSE- PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

PROFAPED- PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO PARA A EDUCAÇÃO

PROUNI- PROGRAMA UNIVERSIDADE PARA TODOS

PSE-PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

PSF- PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PST- PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

PTS- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

RAADH- REUNIÃO DE ALTAS AUTORIDADES EM DIREITOS HUMANOS

RAS- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RAPS- REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

RMN- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

SADT- SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

SAEB- SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

SAF- SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SMS- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SNAP-IV- QUESTIONARY OF SCALE THE SWANSON, NOLAN E PELHAM

SNAS- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SNC- SISTEMA NERVOSO CENTRAL

SPDM- ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

SUAS- SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCC- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TDH- TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

UBS- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UBS/PSF- UNIDADE BÁSICA DE FAMÍLIA/ PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

UNASUL- UNIÃO DE NAÇÕES SUL AMERICANAS

UNICAMP- UNIVERSIDADE DE CAMPINAS

UPA- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

URSI- UNIDADE DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DO IDOSO

WHO- ORGANIZATION HEALTH WORLD

WISC- WECSHELER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN

LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Capital do estado de São Paulo.....	Pág. 93
Mapa 2- Município de São Paulo.....	Pág. 93
Mapa 3- Região norte do município de São Paulo.....	Pág. 94
Mapa 4- Área de atuação da OSS na região Vila Maria Vila Guilherme.....	Pág. 95
Mapa 5- Distribuição dos 86 ENASF e 253 UBS/ESF com 1.224 equipes da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo (2009)	Pág. 102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Schlumberger Excellence in Education Development (SEED), Inc, 2015.....	Pág. 28
Figura 2- Diagrama do Biopoder e Biopolíticas.....	Pág. 56
Figura 3- Rede de Atenção à Saúde Mental.....	Pág. 82
Figura 4- Fluxograma analisador do CAPS infantil segundo Caçapava et. al. (2009).....	Pág. 84
Figura 5- Serviços de Saúde promovidos pelas OSSs no município de São Paulo.....	Pág. 102
Figura 6- Diagrama de Ações Inter setoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar	Pág. 109
Figuras 7 e 8- Diagramas do fluxograma das demandas de queixa escolar no Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional	Pág. 125
Figura 9- Cadeia hierárquica vertical e piramidal.....	Pág. 127
Figura 10- Diagrama do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) tendo como núcleo central de atendimento a demanda de queixa escolar.....	Pág. 128
Figura 11- Processo de trabalho a partir da Microárea Jaçanã.....	Pág. 130
Figura 12- Transtorno de aprendizado ou conduta segundo Assumpção (2009).....	Pág. 144
Figura 13- Diagrama variação da normalidade no processo de aprendizagem segundo NASE.....	Pág. 145

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Queixa escolar gênero segundo coordenadora.....	Pág.135
Gráfico 2- Queixa escolar grau de escolaridade segundo coordenadora pedagógica.....	Pág. 136
Gráfico 3- Pré diagnóstico mais frequente de queixa escolar segundo coordenadora pedagógica.....	Pág. 137
Gráfico 4- Queixa escolar gênero segundo docentes.....	Pág.137
Gráfico 5- Queixa escolar grau de escolaridade segundo docentes.....	Pág.137
Gráfico 6- Pré diagnóstico mais frequente de queixa escolar segundo docentes.....	Pág. 139

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	22
CAPÍTULO 1 - Medicalização da educação e sociedade	24
1.1. Breve histórico das práticas médicas.....	24
1.2. O conceito de medicalização.....	29
1.3. A medicalização como objeto de debates.....	33
CAPÍTULO 2 - Historicidade da saúde escolar no Brasil e no mundo. No espaço da educação: a demanda de queixa escolar	40
2.1. Historicidade da Saúde Escolar.....	40
2.2. Nos espaços de educação, a queixa escolar.....	50
2.3. Neurofisiologia da aprendizagem: uma visão não medicalizante.....	61
CAPÍTULO 3 - Estruturas e funcionamento da rede de atenção à saúde no atendimento à demanda de queixa escolar no município de São Paulo	73
3.1. Rede de Atenção à Saúde.....	74
3.1.1. Rede de Atenção à Saúde Mental.....	81
3.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	85
CAPÍTULO 4 - A pesquisa	88
4.1. Fundamentos teóricos do método.....	88
4.2. Universo de pesquisa - Instituições de saúde e educação.....	92
4.3. Coleta de dados.....	92
4.3.1. Descrição da estrutura e dinâmica de interações intersetoriais de Saúde (SUS) e Educação.....	92
4.3.2. Caracterização das organizações de saúde e educação.....	96
4.3.2.1. A OSS Vila Maria/Vila Guilherme.....	96
4.3.2.2. Caracterização da Organização Educacional.....	102
4.3.3. Estudo de demandas individuais de queixa escolar atendidas no PSE (2014) Vila Maria-Vila Guilherme.....	103
CAPÍTULO 5 - Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014). Proposta de ações intersetoriais educação-saúde frente à demanda de queixa escolar em uma perspectiva não medicalizante	106

5.1. Ações Intersetoriais Educação-Saúde frente à demanda de queixa escolar.....	106
5.2. Proposta de intervenção NASE (Núcleo de Apoio à Saúde Educacional) - perspectiva de introdução de um Projeto Terapêutico Singular não medicalizante para responder à demanda de queixa escolar.....	122
5.3 Trajeto do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014)	125
CAPÍTULO 6 - Resultados e discussão.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
REFERÊNCIAS.....	156
SUGESTÕES DE LEITURA.....	160
ANEXOS.....	167
APÊNDICE.....	228

APRESENTAÇÃO

Durante minha experiência de 20 anos como médico neurologista tenho me defrontado com expectativas e descobertas da ‘década do cérebro’ relativamente à saúde mental e à cognição. Desde pesquisas com células tronco até as promessas de indústrias farmacêuticas de obterem o “Viagra do cérebro”. No que diz respeito a crianças e jovens, particularmente no referente à demanda de queixas escolares, nós, médicos, somos induzidos a realizar diagnósticos precipitados e a medicalizar, contribuindo assim para o enriquecimento dessas indústrias em lugar de buscar compreender a grande complexidade e diversidade de causas possíveis do sofrimento dessas pessoas.

Apoiado pelos conceitos de Foucault (2005, p. 285-315), apresentados na obra “Em defesa da sociedade”, em especial no capítulo “Aula de 17 de março de 1976”, observo que ainda impera nas indústrias farmacêuticas a busca pela homeostase cerebral, inspirada em princípios do biopoder, ou seja, fundamentada em conceitos do século XIX. O direito de intervir quimicamente em prol do aumento da capacidade vital cognitiva por meio de uma pílula do saber minimiza a importância de questões da ordem da saúde pública e maximiza a importância da dimensão orgânica. A partir disso, entrega-se ao Estado a função de exercer ações biorreguladoras por meios medicalizantes, o que implica reduzir ações de promoção e prevenção da saúde mental escolar.

Em manchete de artigo do “The New York Times” (SCHWARZ, 2012, p. 1-8) há um bom exemplo dessa dinâmica do poder: “Para ajudar nas notas, médicos dão remédio para quem não tem déficit de atenção”. Essa tendência adotada por médicos americanos, que prescrevem estimulantes cerebrais a crianças de baixa renda com mau rendimento escolar, é reafirmada pelo relato do médico pediatra Dr. Michael Anderson: “Enquanto sociedade, nós decidimos que é caro demais modificar o ambiente da criança. Assim, temos que modificar a criança”.

No artigo presente (SCHWARZ, 2012, p. 1-8), Ramesh Raghavan, pesquisador de serviços de saúde mental infantil da Universidade Washington, em St. Louis, Missouri, é especialista em prescrição de remédios para crianças de baixa renda:

Enquanto sociedade, não estamos dispostos a investir em intervenções não farmacêuticas eficientes para essas crianças e suas famílias (...). Com efeito, estamos forçando os psiquiatras de pequenas comunidades a empregar a única ferramenta disponível: a medicação psicotrópica.

Na mesma entrevista (SCHWARZ, 2012, p. 1-8), a médica Nancy Rappaport, psiquiatra infantil de Cambridge, Massachusetts, que trabalha principalmente com crianças de baixa renda e suas escolas, evidencia opinião contrária: “Isso está se tornando cada vez mais comum. Estamos usando camisas de força químicas em vez de investir em âmbitos igualmente importantes e, por vezes, mais importantes”.

Embora não seja opinião geral, no mundo ocidental observa-se uma tendência ao exercício de ações biorreguladoras por parte do Estado em prol de um suposto aumento da capacidade vital cognitiva dos indivíduos.

Em busca do poder da normalização, o biopoder imperialista farmacológico poderá contribuir também para intensificar o racismo. Do ponto de vista biológico, a hierarquização das diferenças e a classificação de raças em superiores e inferiores produzem fragmentos no campo do saber biológico, na medida em que reduz a evolução cerebral da espécie humana a questões biológicas e genotípicas, desconsiderando aspectos de caráter fenotípico, comportamental e socioeconômico. O biopoder imperialista farmacológico fundamenta-se, infelizmente, em um conceito reacionário de racismo do final do século XIX, tal como evidenciado na obra “Em defesa da sociedade” (FOUCAULT, 2005, p.305):

(...) quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais indivíduos inferiores forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas eu - não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar.

Profissionais da saúde, continuamente induzidos a realizar pré-diagnósticos equivocados e precipitados, reduzem pessoas a simples “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”. Questões coletivas são reduzidas a individuais; problemas de saúde pública, reduzidos a disfunções biológicas; desvios da “normalidade”, a distúrbios comportamentais. Desse modo, fatores políticos, econômicos, sociais e culturais são minimizados ou ignorados em prol do fortalecimento da bioindústria.

Conforme Bergson (1974), segundo o qual a vida é tendência multidirecional, inventiva e adaptativa, tem-se que, a partir de um impulso vital, construir uma rede de feixes de vivências experienciadas de forma agônica e antagônica, harmoniosa e desarmoniosa, evolutiva e involutiva, crescente e decrescente. Na obra “O erro de Descartes”, Damasio (1995) reafirma que a emoção acha-se intimamente associada à memória, ou seja, ao contexto em que é vivida na experiência individual. Assim, sinto, penso, logo existo.

Fundamentado nessa base teórica, levanto o seguinte questionamento: o que é preciso fazer para minimizar a ocorrência de queixas escolares? Como fortalecer a formação de redes

sinápticas do saber? Se por meio do instinto e da inteligência criamos um potencial adequado e saudável, estaremos fornecendo os recursos necessários ao desenvolvimento do potencial individual cognitivo ao estimularmos o desenvolvimento do impulso de criar, fazer surgir e gerar a partir de mudanças contínuas.

Em 2005 tive a oportunidade de trabalhar como médico do Programa Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade de Cantinho, na cidade de Cristópolis, interior da Bahia, integrando uma equipe que contava também com uma enfermeira especializada em saúde da família, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nossa ação incluía a realização de palestras sobre DST (Doença Sexualmente Transmissível) na escola local. Quando lá chegamos, a diretora manifestou sua preocupação pelo comportamento agressivo de alguns alunos no ambiente escolar e o grande número de alunos que apresentavam “distúrbio de aprendizagem e de comportamento”. A grande maioria das crianças sabia ler, mas não era capaz de interpretar o que lia.

Observando mais atentamente a dinâmica da região, constatamos que essas crianças, em sua maioria, ajudavam os pais no labor rural; recebiam alimentação doméstica e merenda escolar deficientes, do ponto de vista nutricional; seus pais biológicos, com raras exceções, eram dependentes de álcool, e seus professores eram escolhidos não por competência profissional, mas por apadrinhamento político.

Buscando compreender essa situação, nossa equipe constatou que as condições eram desfavoráveis - má nutrição, dramas familiares, educadores sem a devida capacitação profissional, deficiências advindas de políticas públicas de saúde e educação insatisfatórias.

Aproximava-se o dia internacional da saúde. Uma técnica de enfermagem que estudara naquela escola propôs que fizéssemos uma representação teatral sobre os riscos de contaminação pelo vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus), numa ação de promoção e prevenção da saúde que envolvesse Escola-UBS-Comunidade. Isso foi realizado com grande sucesso: os alunos que não gostavam de dramatizar adaptaram uma música de hip-hop ao objetivo de conscientizar sobre os riscos de contaminação pelo HIV, gravaram um CD (Compact Disc) na rádio local e apresentaram-se no palco.

Embora essa experiência tenha sido realizada em uma única comunidade, para nós da equipe de saúde ela foi muito importante, pois possibilitou que reavaliássemos a importância da UBS na prevenção de doenças e promoção da saúde. Foi importante também para nós conscientizar da importância de visualizarmos as demandas clínicas a partir de uma ótica que incluísse a perspectiva social. Quanto às crianças, tornou-se evidente que não devemos

atribuir-lhes rótulos com pré-diagnósticos como, por exemplo, portadoras de déficits de aprendizagem, desconsiderando variáveis de ordem social e econômica.

Posteriormente, já em São Paulo, no período compreendido entre 2009 e 2012, atuei como neurologista na Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA-E), sob gestão da Organização Social de Saúde (OSS), localizada na mesma região geográfica da Unidade Básica de Saúde, sob gestão da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Observei que, embora essas unidades de saúde, sob distintas gestões, compartilhassem o mesmo território geográfico entre si e também com uma escola estadual e outra municipal, não havia absolutamente nenhuma interação entre essas instituições, embora elas servissem aos mesmos usuários. Existia por parte das entidades envolvidas uma inteira disponibilidade para a interação entre a Coordenação da UBS e a Gerência do AMA-E. Talvez, quem sabe, também houvesse tal disponibilidade por parte das organizações educacionais vizinhas, dada sua necessidade de atendimento à demanda de queixas escolares. Entretanto, a interação não ocorria em razão da ausência de diálogo intersetorial saúde-educação.

No ano de 2013 motivos pessoais me conduziram a outra AMA-E da região norte de São Paulo, sob coordenação de outra OSS, também coordenadora da UBS local. Ambas compartilham com uma escola estadual de ensino médio o mesmo território geográfico, e a 500 metros dali há uma escola municipal de ensino fundamental. Minha inquietação intensificou-se ao perceber que essas organizações de saúde e de educação compartilham uma única área territorial, havendo entre estas, no entanto, as mesmas barreiras, aparentemente intransponíveis, já observadas no território que eu acabara de deixar.

Seria possível criar condições para um diálogo intersetorial educação-saúde, capaz de propiciar acolhimento e atendimento a demandas de queixa escolar? Mais uma vez tive a sorte de contar com o apoio da gerente da unidade de saúde, pessoa proativa e sensibilizada para a necessidade de atendimento a tal demanda. Porém, encontrei nesse novo espaço as mesmas dificuldades políticas para abertura de interações intra e interinstitucionais educação-saúde e usuários do sistema.

O incômodo experimentado por mim diante da possibilidade de estarmos reduzindo à condição de distúrbios biopsicológicos problemáticas de origem socioeconômica viria, felizmente, a encontrar espaço de ressonância num movimento coletivo. Ao ler o “Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade” (São Paulo, 2010), tive a grata satisfação de ver, agora sistematizados e conquistando o *status* de debate internacional, os mesmos princípios que haviam fundamentado nossa ação em Cantinho (BA) contra a medicalização e a favor do direito à educação pública gratuita e de qualidade e à

saúde; o respeito à diversidade e à singularidade, em especial, nos processos educacionais. A leitura desse Manifesto reacendeu meus ideais, e são eles a força motriz para a realização do trabalho aqui proposto.

INTRODUÇÃO

No contexto de debates sobre a interação possível entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a Escola e seus usuários, e de debates sobre a medicalização da educação e da sociedade, nesta pesquisa-intervenção formulo a seguinte questão norteadora: como fomentar o diálogo intersetorial educação-saúde e utilizar recursos públicos já existentes para atender à demanda de queixa escolar de forma não medicalizante?

Com base nessa questão norteadora defino o objetivo geral desta investigação: participar do debate sobre o uso de recursos não medicalizantes no atendimento à demanda de queixa escolar, enfatizando a importância do diálogo intersetorial educação-saúde, a fim de gerar subsídios para a formulação de políticas públicas contrárias à medicalização da educação e da sociedade e favoráveis ao assumir de corresponsabilidades sociais e políticas.

Defino como objetivos específicos:

1. Descrever a atual política municipal de interação intersetorial educação-saúde no município de São Paulo no atendimento à demanda de queixa escolar;
2. Apresentar o estudo de caso único por mim realizado na região de Vila-Maria-Vila Guilherme, no município de São Paulo, num local em que organizações de saúde e de educação estabelecem vizinhança. Nesse estudo descrever a estrutura e dinâmica de interações intra e inter-institucionais;
3. Propor uma intervenção via Programa Saúde na Escola (2014), Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE). Proposta de Ações Intersectoriais Educação-Saúde frente à demanda de queixa escolar em uma perspectiva não medicalizante.

O complexo tema da presente investigação insere-se em diversos contextos de debate, dois dos quais são aqui abordados: medicalização da educação e da sociedade e interação possível entre instituições públicas de educação e saúde.

Alinhada com os propósitos do “Fórum Medicalização da Educação e Sociedade”, esta pesquisa-intervenção fundamenta-se nas teorias do biopoder de Foucault (2005), da evolução criadora de Bergson (1964) e da psicologia educacional de Machado (1994, 1996, 1997), Souza (1996, 2002, 2005) e Moyses (1982, 1992, 1993, 2001).

Possui relevância acadêmica por produzir conhecimentos sobre formas de otimização de recursos institucionais de educação-saúde já existentes que, entre outros fins, servirão de subsídio para o debate multi e interdisciplinar ora travado em fóruns nacionais e internacionais. Sua relevância social reside no fato de ser preciso propor estratégias de

intervenção que, envolvendo órgãos governamentais e não-governamentais, fomentem uma mentalidade favorável à ação de promoção da saúde escolar por meio de interação comprometida dos setores educação-saúde (usuários e profissionais desses sistemas). O reconhecimento coletivo de serem prioritárias a saúde coletiva e individual, a inclusão escolar e a melhoria de qualidade do ambiente escolar já serão um bom passo rumo ao planejamento de ações sociais em benefício da qualidade de vida. É socialmente relevante contribuir para a construção de um olhar que possibilite uma compreensão sócio-histórica da demanda de queixa escolar para, a partir disso, construirmos novas práxis.

CAPÍTULO 1 - Medicalização da educação e da sociedade

1.1. Breve histórico das práticas médicas

Para melhor compreender o conceito de medicalização, é de suma importância conhecer a história das práticas médicas desde a antiguidade até os dias de hoje, pois elas alicerçam o processo de medicalização vigente atualmente.

Tomemos como ponto de partida a história da medicina egípcia. Segundo informa o Papiro de Edwin Smith, desde o século XXXIII a.C. até a invasão persa (525 a.C.), eram utilizadas práticas médicas bastante avançadas para a época. São exemplos disso a mumificação, que demanda bons conhecimentos de anatomia; o reconhecimento da existência de um sistema circulatório e da relação do pulso com o coração; a formulação de uma teoria dos canais, segundo a qual o corpo humano era comparável ao rio Nilo, pois, não havendo trânsito normal do intestino, não haveria “boa colheita”, o que exigia recorrer a laxativos. Agia-se de forma invasiva, propondo-se trepanações cerebrais para expulsão de espíritos malévolos causadores de dor e de sintomas de possessão, como as cefaleias e as crises convulsivas.

Os egípcios foram os primeiros a criar próteses de madeira com fins estéticos, e não funcionais, para suprir necessidades decorrentes da amputação de dedos, mãos, pés e olhos por armas perfuro-cortantes durante os combates. Eles têm importância e representatividade na saúde pública, pois foram os primeiros a antever o caráter sazonal e migratório das doenças ocorridas às margens do Nilo e a importância dos banhos e dos hábitos alimentares nos processos preventivos (LYONS et al., 1997).

Na antiga Grécia, Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.), considerado o pai da Medicina, participante da “Escola de Cós”, rejeitava qualquer conhecimento em saúde que não tivesse cunho científico. Abominava superstições e ações mágicas de saúde e, por isso, fundamentava sua prática na teoria dos quatro humores - sangue, fleugma ou ptuíta, bÍlis amarela e bÍlis negra. Considerava que esses fluidos, em constante estado dinâmico de equilíbrio (eucrasia) ou desequilíbrio (discrasia), sofriam influência direta ou indireta do meio.

Galeno (129 d.C. – 200 d.C.), médico romano responsável pelos cuidados dos gladiadores, dissecava animais nos primórdios de estudo da anatomia animal e contribuiu com os primeiros estudos sobre a função dos órgãos, tendo descrito, por exemplo, a dinâmica do

fluxo de sangue nos ventrículos. Ele também fundamentava sua ação na teoria hipocrática dos quatro humores¹.

Na Mesopotâmia, a prática da medicina era regulada pelo Código de Hamurabi (1.700 d.C.), segundo o qual o adoecimento ocorria como punição dos deuses às famílias que o violassem. Os médicos mesopotâmicos observavam atentamente os sintomas e, como (supostamente) tinham acesso direto às divindades, esperavam que elas definissem o prognóstico das doenças, que variava segundo o merecimento moral do doente. Esses médicos tinham autoridade conferida pelas divindades para intervir utilizando minerais, vegetais e animais como recursos terapêuticos. A intervenção terapêutica, realizada por meio da administração de medicamentos via oral, por meio de sangrias, inalações, supositórios e enemas, sempre ocorria em meio a rituais que consideravam, de um lado, as constelações divinas e, de outro, as condições morais do doente: os considerados moralmente indignos da cura eram queimados para exorcizar a doença e evitar sua manifestação nas gerações subsequentes.

A medicina mesopotâmica contribuiu para a concepção da doença como recurso de punição e do médico como executor do veredito das divindades. Essa prática médica era baseada em três pilares: *baru*, comunicação direta com as divindades por meios observacionais, que possibilitavam realizar diagnóstico e prognóstico das doenças e identificar catástrofes externas; *ashipu*, autorização para exorcizar demônios de casas, fazendas e pessoas e *ashu*, autorização das divindades para agir por meio de rituais nos planos terreno e espiritual, prescrevendo o uso de drogas e realizando cirurgias. Nesse contexto, evidencia-se a onipotência do médico, intermediário das divindades e detentor do poder de cura.

Nessa época teve início a remuneração da prática médica, realizada em conformidade com o Código de Hamurabi, redigido pelo imperador semita Hamurabi, com assessoria de Nabu, seu médico. A meu ver, nessa ocasião estabeleceu-se o primeiro conflito de interesses de classe da História, como evidenciam os excertos (Lyons et al., 1997, p. 63-67) reproduzidos a seguir.

Parágrafo 215 - Caso um médico (*Asu*) tenha curado alguém de uma ferida grave, por meio de um instrumento de bronze, ou tenha aberto a mancha do olho (*Na-gab-ti*) de alguém também com instrumento de bronze, restabelecendo-lhe a saúde da vista, devem ser pagos a ele dez cheques de prata como retribuição.

¹ Disponível em: <<http://www.intratext.com/Catalogo/Autori/Aut1395.htm> Obras de Hipócrates>. Acesso em: 12 de maio 2014.

Parágrafo 216 - Caso se trate de um nobre, o médico receberá cinco chequeis de prata.

Parágrafo 217 - Caso se trate de um escravo de um homem livre, então o senhor do escravo pagará ao médico dois chequeis de prata.

Parágrafo 218 - Caso um médico tenha tratado o ferimento grave de um homem livre com instrumento de bronze e este venha a falecer, ou se tiver aberto a mancha no olho de alguém também com instrumento de bronze, provocando-lhe a inutilização da vista, ser-lhe-ão cortadas ambas as mãos.

Parágrafo 221 - Caso um médico tenha curado o membro quebrado de um homem livre, ou recuperado as entranhas afetadas, o doente deverá pagar ao médico cinco chequeis de prata.

Parágrafo 224 - Se um veterinário tratar do ferimento grave de um boi ou de um jumento salvando-lhe a vida, o dono do boi ou do jumento deverá recompensar o médico com a sexta parte de um chequel de prata como honorário.

No século XIX², teve início o cientificismo presente na prática médica atual. A descoberta e o aprimoramento do microscópio possibilitaram o avanço da histologia e da citologia, bases da medicina atualmente exercida.

O primeiro a observar células vivas em microscópio foi van Leeuwenhoek, no final do século XVIII. Já no século XIX, três cientistas alemães - Theodore Schwann (1810-82), Mathias Jakob Schleiden (1804-81) e, sobretudo, Rudolf Virchow (1821-1902) - desenvolveram a teoria celular, segundo a qual as células, unidades básicas funcionais de todo ser vivo, são geradas por outras células. Essa teoria constituiu um marco da Medicina moderna, pois serviu de substrato para o estudo da fertilização e do crescimento dos organismos, da totipotência e da displasia celular como causas de doenças, entre as quais, o câncer.

Outro marco importante da medicina praticada atualmente no ocidente foi o desenvolvimento, ainda no século XIX, da teoria germinal, que associava germes à manifestação de doenças. Quando o médico britânico John Snow (1813-58) comprovou em 1854 que o surto de cólera em Londres devia-se à água contaminada por esgotos, contribuiu para a evolução de conhecimentos sobre saúde pública e epidemiologia.

A enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910), que cuidou dos soldados britânicos durante a Guerra da Crimeia (1853-1856), contribuiu para reduzir a propagação de doenças por meio da higienização e da assepsia nas enfermarias.

Louis Pasteur (1822-1995), convencido de que os microrganismos causavam doenças, comprovou sua presença no leite azedo e constatou que podiam ser destruídos por

² Os dados históricos da Medicina nos séculos XIX e XX aqui reunidos têm por fonte **Schlumberger Excellence in Education Development (SEED)**, Inc, 2015.

aquecimento do leite (pasteurização). Pasteur, um dos responsáveis pelo surgimento e evolução da imunologia atual, criou vacinas eficazes contra o antraz e a raiva.

Também em 1840, dentistas foram pioneiros no uso de óxido nitroso e, posteriormente, do éter, nas cirurgias, o que possibilitou dilatação do tempo cirúrgico. Nessa mesma época, o médico húngaro Ignaz Semmelweiss observou que o aumento de infecções pós-parto era proporcionalmente associado à falta de assepsia nas mãos dos médicos.

Robert Koch (1843-1910) identificou bactérias causadoras do antraz, da cólera e da tuberculose; sugeriu recursos para identificar a nocividade de bactérias (Postulado de Koch); validou a teoria germinal e deu início a uma nova ciência da saúde: a bacteriologia.

Walter Reed (1851-1902), a partir do estudo do patologista russo Dmitry Ivanovsky (1864-1920), descobriu em 1901 que a febre amarela era causada por um vírus.

No fim da década de 1860, baseado nos estudos de Pasteur, o médico Joseph Lister (1827-1912) reduziu enormemente a taxa de mortalidade por gangrena ao estabelecer a cirurgia antisséptica, cujo procedimento incluía embeber bandagens e ataduras em ácido carbólico e aplicá-las sobre as feridas para esterilizá-las.

No século XX, o advento de novas tecnologias aumentou a expectativa de vida e, proporcionalmente, a incidência de doenças degenerativas crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, aterosclerose e câncer. Isso determinou um incremento de pesquisas sobre sintetização química de matérias primas, o que deu surgimento à Farmacologia.

Esse século foi marcado pelo advento e fortalecimento das indústrias farmacêuticas. Um bom exemplo é a Bayer que ao patentear a substância química ácido acetil salicílico produziu a Aspirina, que uma pesquisa atual revelou ser o nome comercial mais lembrado no mundo, à frente mesmo da Coca-Cola, que ocupou o segundo lugar entre as marcas patenteadas que vêm sobrevivendo ao longo do tempo.

Ainda no século XX cabe mencionar Paul Ehrlich (1854-1915), que em 1909 sintetizou o composto à base de arsênico Salvarsan, primeiro tratamento eficaz da sífilis. Ehrlich cunhou o termo “quimioterapia” e criou a primeira droga antibiótica. Mais tarde, outro alemão, Gerhard Domagk (1895-1964), que trabalhava na Bayer, produziu a primeira sulfa (outro tipo de antibiótico) utilizável no tratamento de doenças estreptocócicas, entre as quais a meningite.

Em 1920 o escocês Alexander Fleming (1881-1955) identificou um mofo capaz de destruir bactérias e atribuiu a ele o nome de penicilina. Durante a segunda guerra mundial, a equipe médica liderada pelo médico australiano Howard Florey (1898-1968) a utilizou em soldados feridos, e ela se mostrou eficaz também no tratamento de tétano, antraz e sífilis.

Selman Waksman (1888-1973), bioquímico que isolou outro fungo, a estreptomicina, eficaz no combate à tuberculose, foi o primeiro a utilizar o termo “antibiótico” para descrever essas drogas biológicas. Teve início, então, a era da antibioticoterapia e a medicamentação da sociedade, processos incentivados e fortalecidos pelas indústrias farmacêuticas que, por meio de publicidade em massa, provocaram comoção social. Um exemplo disso é a propaganda realizada pela empresa produtora da penicilina: um soldado ferido, medicado no front por outro soldado, poderá voltar para casa:

Figura 1- Schlumberger Excellence in Education Development (SEED), Inc, 2015.

Com o advento da microscopia eletrônica na década de 40, tornou-se possível identificar vírus causadores de varíola, catapora e poliomielite.

Em meados da década de 50, Jonas Salk (1914-95) e Albert Sabin (1906-93) desenvolveram versões de vacina pólio. A vacina de Salk, feita à base do vírus morto, e a de Sabin, preparada com vírus vivo, obtiveram sucesso e a pólio foi erradicada no final do século XX.

Nesse momento histórico teve início o fomento de políticas públicas que priorizam a prevenção da doença em detrimento da promoção da saúde. Como todo indivíduo e todo coletivo humano acham-se sujeitos a moléstias, elas passam a ser o alvo de ações biomedicalizantes, que priorizam ações tecnicistas orgânicas, centradas na figura do médico. O eu individual, representante do eu coletivo, fica privado de assumir corresponsabilidade nos processos de prevenção e cura. Cada indivíduo passa a ser um “aparelho biomédico do sistema industrial” e delega, por comodismo e consumismo, os cuidados com a própria saúde

a um coletivo considerado “politicamente correto”, cuja figura principal é o médico, considerado detentor do poder reparador e das possibilidades de cura (ILLICH, 1975).

O século XX é dominado pela medicalização, processo que reduz questões da ordem do social, político, cultural e psicológico à dimensão biológica, segundo uma lógica médica e com base em uma leitura equivocada, segundo a qual sintomas de problemas sociais e políticos são considerados sintomas de doenças individuais, transtornos e distúrbios. Disso decorrem esforços pela promoção da cura individual por meio de recursos médicos.

Frequentemente ocorre o fato de indivíduos desviantes da norma vigente serem considerados portadores de patologias individuais, o que, além de injusto e equivocado, termina por lhes acarretar condições psicossociais desfavoráveis. Em tais circunstâncias de sofrimento, a pessoa e sua família são muitas vezes responsabilizadas por problemas cujas causas escapam à esfera individual e familiar, problemas que talvez deversem ser atribuídos, entre outros, a profissionais incompetentes e/ou inconscientes das próprias responsabilidades, e/ou atribuídos a instâncias governamentais e a autoridades.

1.2. O conceito de medicalização

A medicalização passou a ser objeto de estudos na década de 70, com sua integração ao movimento de busca de aprimoramento das práticas escolares. Influenciadas pelo saber médico, de caráter diagnóstico e intervencionista, tais práticas escolares, entendidas a partir da ótica de ideais médicos higienistas e da psicomетria, priorizavam a quantificação e reduziam processos da ordem do coletivo e público ao nível orgânico e individual, contribuindo assim para o início e posterior aumento da patologização e da biologização da vida (GUARIDO, 2010; PATTO, 1993).

Canguilhem (2014) defendeu uma posição contrária ao conceito positivista do século XIX, segundo o qual saúde e doença seriam um mesmo estado, em intensidades diferentes e a distinção entre normal e patológico seria quantitativa. Esse autor evidenciou pela sua tese a natureza qualitativa da saúde e da doença, sendo o patológico uma variação qualitativa da normalidade frente à capacidade de adaptação do indivíduo a essa variação de forma contínua, porém, não puramente homogênea, como no modelo quantitativo. Sendo assim, a norma seria uma experiência individual em interação com o coletivo social e cultural. Canguilhem contribuiu para uma nova leitura do conceito de normal e patológico, não baseada na visão fisiológica imperativa da homogeneidade da normalidade e sim na visão de um sujeito em

construção, corresponsável pelas variações qualitativas da normalidade de forma contínua e em evolução com seu universo (COELHO; FILHO, 1999).

Segundo Conrad (2007), ao longo do processo de estudos sobre medicalização observa-se, desde 1966, a tendência a um crescimento exponencial desta, proporcional à evolução tecnológica da medicina e de suas subespecialidades e especialidades. Tal evolução proporcionou um substrato científico por meio de exames complementares de alta geração (como a Ressonância Magnética Perfusional) e biogenéticos (como o Projeto Genoma Humano), que contribuem para a inclusão de novas patologias e distúrbios no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V, 2013), perpetuando-se a cadeia de patologização e biomercantilização da vida.

Esse autor afirma que o aumento do poder de judicialização médica reforça a autoridade do médico na transformação do processo natural da vida. Um exemplo dessa intervenção é a reposição hormonal de testosterona em indivíduos do sexo masculino da quarta à quinta década de idade para promover aumento da massa muscular e preservação da libido sexual, sem levar em consideração os efeitos colaterais sistêmicos desse hormônio em médio e longo prazos.

A medicalização do século XXI sai da esfera do individual e orgânico para o coletivo social, ao atingir as extensões midiáticas virtuais sobre o nascimento e a morte. Um simples processo fisiológico de gestar pode ser documentado por meio de ultrassonografia gestacional 3D, tornando possível o acompanhamento morfológico do feto a partir do quinto mês gestacional, o que transforma o ser vivo individual gestacional em um ser coletivo midiático das redes sociais e faculta - pela própria condição de imaturidade de seu sistema nervoso central - a divulgação da sua imagem em prol da vaidade dos pais.

Nem mesmo a morte escapa: o adoecimento deixa de ser um processo individual e familiar e passa a receber acolhimento coletivo virtual de curtidas e mensagens por *facebook* e *wattsapp*. A empatia virtual, que exime da possibilidade de afetos e acolhidas reais, transforma os sentimentos em superficiais, muito distantes, o que nos exime de culpabilização por vivenciar experiências reais do processo de adoecimento e da evolução natural da morte.

Moysés (1993) e Collares (1985) alertam: há uma tendência universal à biologização e patologização da vida, principalmente no que se refere à queixa escolar. Segundo Ryan (1976), está ocorrendo uma biologização dos conflitos sociais, ou seja, o destino individual e coletivo está sendo explicado por meio de reducionismo biológico, isentando o Estado de responsabilidade sociopolítica sobre o indivíduo e o coletivo e transferindo a estes a culpabilização pelo processo saúde-doença. Segundo as autoras a cima citadas, um dos

campos de maior atuação deste processo é o educacional. Busca-se mensurar o alto índice de fracasso escolar na rede pública do ensino no Brasil por questões orgânicas, como desnutrição infantil, para as classes menos favorecidas, e dislexias para as mais favorecidas; perpetua-se, assim, a visão individual patologizante em detrimento da real visão sociopolítica de responsabilidade do Estado pelo fracasso escolar.

Segundo Teixeira (2013), o conceito de medicalização acha-se associado ao de produção de subjetividades: a medicalização não envolve apenas e necessariamente a centralização na figura do médico, mas sim, o olhar advindo da centralidade que certo saber médico tem sobre a vida na cultura contemporânea. Isto se dá em conformidade com uma lógica biomedicalizante e médica, centrada não exclusivamente na figura do médico, e sim nas múltiplas formas pelas quais o saber médico e suas práticas interferem no cotidiano.

A produção de subjetividades inclui um aprendizado sobre como afetar e ser afetado pelas ações do cotidiano, ou seja, inclui dinamismos da percepção de si mesmo como eu individual integrante de coletivos, o que possibilita a análise das condições nas quais o corpo individual se insere. A medicalização atua, pois, como uma espécie de filtro mediador da relação indivíduo-mundo, segundo uma ótica médico-centrada.

Com base nesse conceito, sugiro seja reconhecida a importância de ampliar a ótica que vem sendo adotada ao se tratar da demanda de queixas escolares. A atual concepção de queixa escolar, impregnada da noção de estarem as subjetividades centradas no saber médico, enaltece a necessidade de busca da medicamentação do saber, por exemplo, por meio do metilfenidato. Tal concepção supõe uma cadeia hierárquica vertical, biologizante e culpabilizante.

Uma visão horizontal da queixa escolar, não hierárquica e transdisciplinar, supõe que os saberes devam somar-se, aí incluído, evidentemente, o saber da criança e de sua família. Segundo essa concepção, os saberes interagem em uma mesma subjetividade, sem se restringirem a um único saber - o médico. Essa somatória de saberes favorecerá a busca de soluções para o atendimento à demanda de queixas escolares.

Entende-se como medicamentação qualquer processo que estimule por vias diretas e indiretas o aumento da prescrição de medicamentos farmacológicos por meio de prescritores (médicos, médicos veterinários e dentistas); a forma direta estaria relacionada ao conjunto de sinais e sintomas que evidenciam uma provável hipótese diagnóstica que, baseados em estudos científicos e conhecimentos da fisiopatologia, determinam a prescrição de determinado fármaco; a forma indireta seria qualquer estratégia de convencimento dos prescritores pelas indústrias farmacêuticas, como visitas de propagandistas, presentes diretos

(brindes), presentes indiretos (viagens e hospedagem para encontros patrocinados pelos fabricantes), convites para jantares e eventos sociais e recreativos, patrocínio de eventos de educação continuada (cursos, oficinas, seminários), patrocínio de simpósios satélites e conferências em congressos científicos, títulos da empresa fabricante ou participação como acionista, condução de pesquisa patrocinada, fundos para escolas médicas, auditórios e disciplinas acadêmicas, fundos para sociedades e associações profissionais. Este processo vem crescendo e atinge até mesmo os pacientes hospitalizados, por meio de cursos de tratamento gratuito, a fim de forçar a Comissão de Farmácia e Terapêutica da instituição à padronização do medicamento ou, ao menos, à garantia da compra para pacientes que já iniciaram seu uso. Outra frente da atuação das indústrias farmacêuticas na promoção e perpetuação da medicamentação são os hospitais-escolas; pesquisa científica recente em Harvard evidenciou que de 105 residentes e graduandos de medicina do último ano entrevistados, 90% concordavam em receber brindes e patrocínios dos grandes laboratórios em seus eventos acadêmicos, fato bastante alarmante e preocupante, pois trata-se de futuros formadores de opinião e potenciais prescritores que fortalecerão a biomercantilização da vida (WANNMACHER, 2007).

Infelizmente, ainda impera em pleno século XXI - século do cérebro - o saber centrado no médico. Fundamentada nas descobertas da Neurobiologia e da Neurogenética, fortaleceu-se a ideia de que a grande maioria das patologias comportamentais se deve à neuroquímica cerebral. Sendo neurologista, estou convicto de que esses ramos da Neurociência reúnem conhecimentos indispensáveis à compreensão de patologias comportamentais. Mas discordo da opinião segundo a qual todas essas patologias possam ser explicadas sem levar em conta fatores de outra ordem.

Cito dois artigos de Neurociência publicados pela Revista “Psique Ciência e Vida”. No primeiro deles, Medeiros (2012) discorre sobre uma descoberta realizada pela equipe do neurocientista Giacomo Rizzolatti, da Universidade de Parma, na Itália. Essa equipe de pesquisadores identificou um subconjunto de neurônios - "neurônios em espelho" - localizados no córtex parietal que disparam a cada vez que se observa alguém executar uma ação. Por exemplo, na reabilitação de pessoas com déficit motor e comportamental, é importante saber que alguns neurônios agem por "empatia cerebral", ou seja, têm a capacidade de simular a perspectiva do outro a partir da compreensão de suas emoções.

No outro artigo, Viegas e Fialho (2012, p. 55) confirmam que a orientação dos pais é uma ferramenta poderosa para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos em crianças e traz um novo olhar aos profissionais da área cognitivo comportamental ao assinalar

que a escola é significativa para o comportamento infantil e contribui de diversos modos para a formação do indivíduo.

Esses artigos reforçam a visão biologizante e patologizante da vida no século XXI. No primeiro deles, unidades funcionais orgânicas cerebrais são entregues aos neurônios do córtex parietal - capacidade de criar e de estabelecer empatias; no outro culpabiliza-se a família e a escola pelo mau comportamento de crianças e transfere-se exclusivamente a esses neurônios a "bússola de ouro" para a direção do comportamento infantil, como transcrito pelos autores (VIEGAS; FIALHO, 2012, p. 55-61).

No campo da educação é possível observar claramente essa tendência. Há, por exemplo, um expressivo número de diagnósticos de dislexia e de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e um igualmente expressivo aumento de medicação de crianças e jovens. A aprendizagem e os modos de ser e agir têm sido alvos preferenciais da medicalização. Crianças e jovens cujos comportamentos não são aceitos socialmente, cujas performances escolares não atingem as metas das instituições, cujo desenvolvimento não ocorre em conformidade com as “tabelas de normalidade” são considerados “doentes”, sem que sejam tecidas considerações relativas aos determinantes de ordem social, política e histórica.

1.3. A medicalização como objeto de debates

No campo da saúde, a medicalização também vem sendo objeto de debates e de ações junto ao poder público e esse fato se expressa na participação ativa de psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos no I Seminário Internacional “A educação medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, realizado entre 11 e 13 de novembro de 2010, em São Paulo.

Esse seminário foi proposto como espaço de divulgação e debate relativos a controvérsias sobre o diagnóstico e o tratamento de supostos transtornos de aprendizagem, sem perda da perspectiva de uma posição contrária à medicalização da sociedade, especificamente no âmbito do sistema escolar. Teve por objetivo, ainda, oferecer subsídios fundamentados em distintos modos de compreensão dos supostos transtornos de aprendizagem, para debate e posicionamento frente às políticas públicas que vêm sendo propostas e instauradas por meio de leis e programas de ação.

Durante esse evento foi criado o “Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade”, de atuação permanente, que tem por objetivos mobilizar a sociedade para a crítica

à medicalização da aprendizagem e do comportamento e articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação desse fenômeno social indesejável.

O Manifesto, então elaborado, enfatiza que, uma vez considerada “doente”, a pessoa passa a “consumir” tratamentos, terapias e medicamentos. Segundo a lógica medicalizante, os “distúrbios” decorrem de causas exclusivamente individuais. A família e a escola, bem como as autoridades e os formuladores de políticas públicas, permanecem isentos de responsabilidade. Crianças e jovens considerados “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem” são condenados a um jugo múltiplo, dado que a medicalização controla e submete as pessoas, abafa questionamentos e mascara desconfortos que, algumas das vezes, são molas impulsionadoras de mudanças pessoais e coletivas.

No Brasil o debate é novo, e o Fórum tem articulado entidades, grupos e pessoas para enfrentamento e superação da forte tendência à medicalização e mobilizado a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. Seus principais fundamentos justificam a necessidade de adoção de uma postura contrária aos processos de medicalização da vida e favorável ao debate (e decorrentes ações) dos seguinte temas: Direitos Humanos; Estatuto da Criança e do Adolescente; Direito à educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos; Direito à saúde; Sistema Único de Saúde – SUS e seus princípios; Respeito à diversidade e à singularidade, em especial, nos processos de aprendizagem; Valorização da compreensão do fenômeno medicalização a partir de uma abordagem interdisciplinar; e Valorização da participação popular.

Nos casos de queixa escolar, o Fórum propõe, entre outros, um modelo de intervenção que, além de priorizar a atualização do potencial das instituições de saúde e educação (família e escola), favoreça a interação dessas organizações entre si e com a comunidade do entorno, em benefício dos escolares usuários de sistemas públicos de educação e saúde.

Propõe ainda que se amplie a democratização do debate por meio do estabelecimento de mecanismos de interlocução da sociedade civil com os profissionais das diversas áreas de saúde. Isto, para atingir o objetivo de apoiar propostas curriculares de humanização nas práticas de educação e saúde, bem como de socialização do significado da medicalização e de suas consequências. Inclui-se, evidentemente, o propósito de reconhecer necessidades das famílias sujeitas a processos de medicalização.

O Fórum procura ampliar a compreensão a respeito da diversidade e historicidade dos processos de aprendizagem e desenvolvimento humanos; construir estratégias que subvertam a lógica medicalizante e permitam ampliar a produção teórica no campo de crítica à medicalização. Dessa forma, busca intervir na formulação de políticas públicas subsidiadas

por novas concepções de ser humano e de sociedade, políticas essas que apoiem iniciativas de acolhimento e fortalecimento das famílias.

Entre os dias 11 e 14 de novembro de 2011, foi realizado o II Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos. Novas capturas, antigos diagnósticos na *Era dos Transtornos*”. Esse seminário teve por objetivo divulgar e debater temas controversos relativos ao diagnóstico e tratamento de hipotéticos transtornos de aprendizagem, sempre com base na crítica à medicalização da sociedade.

Outros de seus objetivos foram: ampliar o debate sobre interesses econômicos e políticos subjacentes ao incremento da medicalização da educação e da sociedade; promover reflexões e discussões sobre políticas públicas de saúde e de educação de cunho medicalizante, visando à formulação de políticas embasadas em concepções de ser humano e de sociedade que contemplem a diversidade e a singularidade.

Diante da necessidade de subsidiar a atuação nacional e internacional do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, foi lançado o livro “Medicalização de Crianças e Adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos” (2010). Essa obra, além de evidenciar a manicomialização, biologização e patologização da vida, reforça os ideais contrários à medicalização da educação e da sociedade e propõe novas formas de intervenção não medicalizante.

No dia 11 de novembro de 2012, comemorávamos o Dia Municipal de Luta Contra a Medicalização da Educação, em face da lei 15.554/2012, de autoria do vereador Eliseu Gabriel e, por isso, foi realizado no Salão Nobre da Câmara Municipal de São Paulo um evento que incluiu palestras, oficinas e debates sobre o tema.

Entre 10 e 13 de julho de 2013 ocorreu o III Seminário Internacional “Educação Medicalizada: Reconhecer e Acolher as Diferenças”. Nessa terceira edição de seu Seminário Internacional, o Fórum manteve os propósitos de difundir conhecimentos científicos para contestar o que se divulga como embasamento científico da medicalização dos diferentes modos de levar a vida. Tal medicalização vem se apoiando sobre a suposta necessidade de lidar com transtornos, como a dificuldade de aprender e de se comportar adequadamente. Também sobre a suposta necessidade de inibir questionamentos, sonhos e utopias.

Nessa oportunidade foram introduzidos novos eixos de reflexão, como a vinculação entre homogeneização e padronização patologizantes e a crescente judicialização e criminalização das relações sociais. Também foram criadas articulações internacionais com outros movimentos contra a patologização da vida.

O III Seminário consolidou o Fórum como dotado de representatividade social civil. Ao contrário dos dois primeiros, esse seminário não foi gratuito. Mesmo assim, manteve alto índice de audiência, o que evidencia a soma de forças. A revista de autoria do GT “Educação e Saúde”, apresentada durante esse Seminário – “Recomendações de práticas não-medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde” (2013), serviu de instrumento para o surgimento de novos núcleos regionais - atualmente cerca de 22, e em pleno aumento -, para que possamos potencializar o surgimento de políticas públicas regionais contrárias à medicalização, à patologização e à biologização da vida.

Na América do Sul os movimentos de Fóruns contrários à medicalização da educação e sociedade, principalmente relativos a crianças e adolescentes, tem se fortalecido; na Argentina, especificamente na cidade de Córdoba, em setembro de 2013 convocou-se a construção de um espaço coletivo para debater os direitos das crianças e adolescentes mediante um movimento chamado Fórum de Infância - Rede Federal com a participação de profissionais especializados (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e educadores), sociedade civil, instituições, ONGs e federações a fim de assegurar políticas públicas que possam assegurar os direitos de uma infância e adolescência saudáveis, garantidas pela Convenção Internacional dos Direitos da Infância e Adolescência incorporada à Constituição Nacional da Argentina em 1994.

Neste Fórum de Infância - Rede Federal foram discutidos temas como: trabalho infantil, preocupação quanto à intervenção dos docentes na escola, biologização e medicalização da infância e adolescência, com apoio e financiamento oferecidos pela biomerchantilização das indústrias farmacêuticas. Outros temas também foram levantados: má formação acadêmica, ausência de estudos e investigações epidemiológicas da saúde mental na infância e adolescência, cumprimento das políticas públicas voltadas a esta faixa etária por parte da sociedade enquanto órgão público ou cível. Sobre as questões medicalizantes, foi questionado o uso abusivo do DSM-V em consultórios psiquiátricos e escolas, que transformam simples variações da normalidade em patologias facilmente ‘consertadas’ pela pílula do saber (Concerta^o).

Este Fórum de Infância - Rede Federal (07/03/2014) teve por propósito fortalecer os ideais por meio da divulgação em mídias como página no *Facebook* e correio *Gmail*; criar espaços para capacitação, problematização, discussão e formação de profissionais especializados na educação e saúde sobre os temas propostos; criar reuniões transdisciplinares envolvendo, inclusive, a família nos temas relativos à saúde da infância e adolescência; sensibilizar órgãos mediante documentos registrados com os ideais do Fórum de Córdoba.

Assinavam estes documentos instituições de Saúde e Educação, entre as quais a População Infanto-juvenil Cordobense, o Colégio de Psicopedagogos, o Colégio de Psicólogos, o Colégio de Assistentes Sociais, o Conselho Municipal da Infância de Córdoba e a Sociedade de Pediatria da Argentina, filial Córdoba³.

Em nível internacional, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade vem estendendo sua abrangência interagindo com fóruns de outros países. Os de Argentina, Espanha e França nos precedem no tempo; outros, como os de Chile, Uruguai, Portugal e Cuba, ainda em fase embrionária, vêm se articulando.

Em setembro de 2012 estabeleceu-se um importante marco para o fortalecimento e consolidação dos ideais desta causa: foi criada a “Comissão Permanente para a Coordenação e a Implementação de Ações relativas à Iniciativa Niñ@sur para a Promoção e Proteção dos Direitos de Crianças e Adolescentes” (CP Niñ@sur), órgão associado à UNASUL (União de Nações Sul-Americanas), que estabeleceu entre suas diretrizes de ação o enfrentamento dos processos de medicalização de crianças e adolescentes. Tal deliberação foi confirmada durante a “XXII Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos e Chancelarias do Mercosul e Estados Associados” (RAADH).

Ratificou-se, assim, um movimento internacional de luta contra a medicalização e a favor da vida, das diferenças que nos constituem como humanidade e, principalmente, do direito de crianças e adolescentes viverem plenamente sua infância e juventude. É o reconhecimento das diferenças como valor central nos processos de subjetivação e socialização e, desse modo, o planejamento de projetos de intervenção em situações de sofrimento que não excluam, encarcerem ou rebaixem a dignidade humana, mas que promovam a convivência e o acolhimento social de todas as formas de viver, independentemente de gênero, raça ou cor (Anais do III Seminário Internacional a Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças, 10 a 13 de julho de 2013). Este texto não é um anexo: ele integra a história da medicalização no mundo e no Brasil; expressa a participação de países da América do Sul no movimento de oposição à medicalização da educação e sociedade.

Na França, em 1964, foi criado pelo Ministro da Saúde, Raymond Marcelino, o INSERM (Instituto Nacional de Saúde em Pesquisa Médica), que estaria sob coordenação dos ministros de Pesquisa e Saúde. Em 2009 esse instituto recebeu um orçamento anual de 612 milhões de euros, para ser destinado a dois corpos distintos: investigadores (diretores e chefes

³ Disponível em: <www.cppc.org.ar>. Acesso em: 03 mar. 2015.

de pesquisa) e equipe técnica (engenheiros de pesquisa, engenheiros assistentes e técnicos). Atualmente é composto por 318 unidades e 58 institutos de pesquisas federativas, sendo 85% associados a Faculdades de Medicina, hospitais e universidades. Esses órgãos têm por missão o estudo de saúde humana com objetivo de investir no domínio da investigação biomédica básica aplicada à biologia celular, molecular, genética, fisiologia, fisiopatologia, terapia genética, epidemiologia e imagenologia médica.

No final de 2005, o INSERM, a partir do "Relatório sobre Bónisti prevenção do crime", previa o uso de um manual de identificação de distúrbios de comportamento de crianças com idade variando entre zero e três anos. Esse manual foi criado para ser utilizado em creches e jardins de infância, especialmente junto a filhos de imigrantes ainda não adaptados à língua e aos costumes daquele país. Essas crianças deveriam ser monitoradas e adaptadas à cultura local por profissionais de uma equipe interdisciplinar (psiquiatra infantil, assistente social e pediatra) com a finalidade de prevenir a possível ocorrência de comportamentos delinquentes na adolescência.

Em reação a essa atitude segregacionista e ultranacionalista do Governo francês, foi criado o movimento social "Não 0 de conduta para os três anos de idade"⁴:

Não dirigir a zero para crianças de três anos é uma coletiva francesa fundada em 2006, em resposta ao relatório do INSERM sobre a conduta de desordem das crianças e os projetos de prevenção ao crime, apresentada pelo governo de então.

Uma petição online de 29 de janeiro de 2006 recolheu, dois anos depois, 194.333 assinaturas. Vários seminários e a publicação de vários livros foram organizados.

Este grupo foi iniciado por uma dezena de praticantes, incluindo-se Pierre Delion, psiquiatra infantil no Hospital Universitário de Lille; Bernard Golse, psiquiatra infantil no Hospital Necker, em Paris; Boris Cyrulnik, neuropsiquiatra; Christine Bellas-Cabane, presidente da União Nacional dos Médicos proteção materna e infantil; Sylviane Giampino, fundador e ex-presidente da Associação Nacional de Psicólogos na infância; e Francois Bourdillon, presidente da Sociedade Francesa de Saúde Pública.

No final de 2005, publicou-se um INSERM conhecimentos sobre o "transtorno de conduta em crianças e adolescentes". O relatório foi chamado "a identificação de distúrbios de comportamento da creche e jardim de infância", cujo propósito era evitar a ocorrência de comportamento delinquente na adolescência.

Para reagir ao que não se vê como "relação imprópria entre dificuldades psicológicas da criança e um movimento no sentido crime, a chamada "Não 0 de conduta para os três anos de idade" foi iniciada por um grupo de praticantes: "em vez de tentar endireitar ou aplanar comportamento, é necessário reconhecer o sofrimento psicológico de algumas crianças por

⁴ Disponível em: <<http://elmaxilab.com/definicao-abc/letra-n/nao-dirigir-a-zero-para-criancas-de-tres-anos>>. Acesso em: 16 maio de 2014.

meio de sua subjetividade nascente e permitir-lhes beneficiar dos intervalos terapêuticos mais variados".

Neste Capítulo I apresentamos um breve histórico das práticas médicas; esclarecemos conceitos diferenciais de medicalização e medicamentação, abordamos o tema da perpetuação da biomercantilização da vida pelo DSM-V (2013) e enfatizamos a importância dos Fóruns nacionais e internacionais constituídos para abordar esses temas, visando à estimular o reconhecimento da importância do coletivo e do público, não desprezando, porém relativizando, a importância de aspectos individuais, inclusive os orgânicos, principalmente no que diz respeito aos direitos da infância e da adolescência.

CAPÍTULO 2 – Fundamentação histórica da saúde escolar no Brasil e no mundo. No espaço da educação: a demanda de queixa escolar

2.1. Fundamentação histórica da Saúde Escolar

Segundo Figueiredo et al (2010), o início da política de atenção à saúde escolar ocorreu no final do século XVIII e início do XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o “System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei”, conhecido posteriormente como Sistema Frank.

O sistema contemplava, além da saúde escolar, saúde pública e saúde individual, temas como demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes. Bastante avançado para a época, propunha o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais, da prevenção de acidentes à higiene mental, da elaboração de programas de atletismo à iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. Teve início, assim, a visão higienista de arquitetura e intervencionista da saúde na escola, que concedeu a Johan Peter Frank o reconhecimento de pai da saúde escolar na Europa.

A partir do sistema Frank, Franz Anton Mai desenvolveu a primeira lei de saúde escolar no mundo. Essa lei propunha que o oficial de saúde atuasse nos colégios, orientando professores e alunos quanto à manutenção e promoção da saúde escolar, devendo-se alertar os adolescentes para que evitassem excessos sexuais.

De 1779 a 1890, fundamentado no sistema Frank, difundiu-se na Europa, principalmente nos países de línguas de origem germânica (Alemanha e Áustria) e de origem latina (Itália), a ação da polícia médica, interventora, higienista e administrativa, exercida para prevenir doenças e promover a saúde escolar. Esta iniciativa foi difundida posteriormente em outros países, entre os quais França, Grã-Bretanha e Estados Unidos.

Foi realizado um levantamento histórico dos primeiros serviços de saúde escolar em cidades europeias como Bruxelas (1874) e Paris (1879), além de Japão (1903) e países da América (Argentina e Estados Unidos da América), na transição do século XIX para o XX. Embora geográfica e politicamente distintos, todos evidenciavam a mesma estrutura organizacional: a educação higienista da saúde escolar desenvolvida com o propósito de promover edificação escolar, avaliação e complementação nutricional, triagem e encaminhamento de problemas da visão. Esse perfil de ação prevaleceu hegemonicamente por meio século. (REZOLA, 2001, p. 1337; VALADÃO, 2004).

Segundo Moncorvo Filho (1917), como relatado nos *Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista*, os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil tiveram início em 1850. No entanto, somente em 1889, graças ao decreto do Barão de Lavradio, foram propostas ações de saúde escolar para diminuir e/ou erradicar doenças infectocontagiosas decorrentes da proliferação da migração da cafeicultura no País, entre as quais, a febre amarela, a cólera e, principalmente, a varíola. A saúde escolar, ou higiene escolar - como era usualmente denominada, fundamentava-se em três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura. Lima (1985) e Novais (1979) reafirmam a figura do Estado como zelador da saúde da população e a do médico como interventor da saúde coletiva e individual nas escolas e na sociedade em geral.

Em 1944, Carlos Sá mencionou a importância da escola primária como campo propício à educação da saúde de seus alunos, apoiado no seguinte tripé: salubridade do meio, higiene da aprendizagem e organização escolar racional. Os serviços de saúde, compostos de exames médicos periódicos, correção de defeitos e ajustamento social por meio da instrução de saúde, seriam integrados à personalidade e aos hábitos de saúde do aluno com repercussão na vida familiar e comunitária (VALADÃO, 2004).

No artigo *Educação e Saúde na Escola*, Marcondes (1972) alerta para as responsabilidades da escola como educadora: criar substrato para o desenvolvimento integral da criança, proporcionar conhecimento científico acessível e atualizado por novas descobertas, e manter permanente contato com a comunidade. Segundo esse autor, a saúde da criança acha-se diretamente relacionada com o ambiente físico e emocional da escola que frequenta, do lar em que vive e da comunidade em que se insere. A educação e a saúde na escola devem ser globais e integrativas para o desenvolvimento integral da criança. Devem basear-se em necessidades e interesses das crianças e voltar-se para problemas cujos fatores determinantes - biológicos, psicológicos, sociais e culturais - sejam compatíveis com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país. Devem ser planejadas, executadas e avaliadas por pessoal docente, profissional, técnico-administrativo, pais e representantes comunitários, em busca de integração e participação das famílias e da comunidade para o pleno desenvolvimento da saúde na escola.

Saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, é o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença". A educação para a saúde na escola, segundo Marcondes (1972), não se deve limitar à transferência de conhecimentos. Deve incentivar a criança para que aprenda, analise, avalie as fontes de informações. Deve

torná-la capaz de escolher inteligentemente os comportamentos a serem adotados, com base nos conhecimentos adquiridos.

O Programa de Educação em Saúde na Escola, segundo o curso de Especialização em “Educação para a Saúde - O Educador de Saúde Pública”, ministrado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desde 1967, estabelece os seguintes objetivos: desenvolver um currículo orientado no sentido de proporcionar experiências de aprendizagem que habilitem o aprendiz a aplicar as descobertas científicas em benefício de sua saúde; contribuir para a proteção e promoção da saúde do escolar desenvolvendo um ambiente físico e emocional adequado a seu crescimento e desenvolvimento; levar o escolar a compreender a necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade.

Segundo Valadão (2004), a passagem do século IX para o XX caracteriza-se por uma integração da saúde à escola, a qual representava a extensão do lar como espaço institucional homogeneizado e de cuidados fundamentados em preceitos morais e científicos. Têm início as políticas públicas de promoção da saúde na escola, de natureza interdisciplinar e intersetorial, voltadas para pessoas e coletividades.

Por volta da década de 80, principiou-se a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), que promoveram, segundo Harada (2003), a transição de uma prática higienista e assistencialista para outra, inspirada em uma visão integral e interdisciplinar da saúde na educação, no âmbito de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo.

Os conceitos da Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) e Conferência Internacional de Educação (1990) serviram de substrato para o movimento “Saúde para todos no ano 2000”. Firmados em reuniões promissoras, nas duas primeiras décadas do século XX, foram determinantes para estabelecer diretrizes de projetos futuros que elevariam a educação-saúde a nível mundial (VYNCKT, 1992/3; VALADÃO, 2004).

No capítulo IV da obra de Moysés (2001), intitulado “Os autos de acusação”, encontramos o seguinte retrato: em 1995, nos serviços públicos de saúde municipal da cidade de Campinas houve um crescimento exponencial de consultas a especialistas de neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia para crianças em idade escolar. Esse processo foi fortalecido por políticas públicas do governo federal, como o PNSE (Programa Nacional de Saúde Escolar), criado em 1984 e que, em sua atual concepção, concede aos municípios apoio financeiro, em caráter suplementar, para a realização de consultas oftalmológicas e para a aquisição e distribuição de óculos a alunos com problemas visuais, matriculados no 1º ano do ensino fundamental das redes municipais e estaduais.

O PNSE inclui entre seus objetivos identificar e corrigir precocemente problemas visuais que possam comprometer a aprendizagem, para redução dos índices de repetência e de evasão escolar. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% dos alunos do 1º ano do ensino fundamental público apresentam deficiências visuais que demandam medidas corretivas. O programa atende a um município por estado utilizando como critério de escolha o município que reúne o maior número de alunos triados em exames de acuidade visual.

As facilidades tecnológicas presentes nos médios e grandes centros convidam os profissionais da saúde a adotar recursos mensuradores e quantitativos e a restringir, ou mesmo abandonar, sua capacidade de utilizar o raciocínio clínico para realizar diagnósticos que os exigem, como no caso da queixa escolar. Advindos de uma escola de saúde historicamente organicista e voltada para questões individuais, os médicos tendem a medicar, seja por ignorância, seja pela comodidade de não sair em busca de novos questionamentos e aprendizados.

Desde 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem estimulado a IREPS a fortalecer a capacidade dos países da América Latina e do Caribe na área de saúde escolar. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar, com enfoque integral, a partir de três componentes relacionados entre si: desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (FIGUEIREDO, 2010).

Em Portugal vem sendo desenvolvida, desde o ano de 2002, uma experiência cujos resultados oferecem alguns parâmetros para a reflexão sobre o tema de interesse da presente pesquisa. Este modelo português denomina-se Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que visa à redução da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e ao aumento de fatores de proteção relacionados ao estilo de vida nas escolas. Este programa, desenvolvido em conformidade com as metas de saúde escolar estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde - OMS em *Health for all* (OMS, 1999), prioriza a atenção à saúde de escolares. Define como Escola Promotora de Saúde - EPS toda aquela que respeite as vertentes currículo, ambiente e interação escola-família-meio.

Na mesma linha de preocupações encontramos as propostas debatidas na Quarta Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde (WHO, 2004), que conduziram à conclusão de ser preciso formular um plano de ação de ambientes saudáveis para as crianças, pois, se viver em ambiente saudável é direito humano fundamental, é preciso educar com vistas à construção de um futuro sustentável para todos.

A Conferência Ministerial sobre Saúde Mental, por meio de sua Declaração para a Europa, inclui a promoção e a prevenção da saúde mental entre as prioridades. Propõe planos de ação contra o estigma e a discriminação de pessoas, especialmente na infância e na adolescência, e convida à formulação de estratégias que tragam benefícios para os indivíduos, a sociedade e o sistema de saúde (WHO, 2005).

No Brasil, o “Programa Saúde na Escola”, instituído em 2007 por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro, tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde escolar. Os meios para atingir seus objetivos incluem a articulação intersetorial saúde-educação, indispensável para a promoção do desenvolvimento de cidadania e da formulação de políticas públicas em favor da promoção da saúde escolar.

Por meio da Portaria número 1861, de 4 de setembro de 2008, foram liberados recursos para municípios que no ano de 2005 haviam apresentado Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tivessem 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família. A Portaria Interministerial n: 3.696, de 25 de novembro de 2010, modificou a precedente: foram então liberados recursos para municípios que no ano de 2009 haviam apresentado IDEB menor ou igual a 4,5 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tivessem 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com base na competência financeira de junho de 2010.

O IDEB, criado pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) em 2007, como parte do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), baseia seu cálculo na taxa de rendimento escolar (aprovação e evasão), no desempenho dos alunos no SAEB (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica) e na Prova Brasil. Ou seja, quanto maior for a nota da instituição no teste e quanto menos repetências e desistências ela registrar, melhor será sua classificação, numa escala de zero a dez.

Considerando-se que no ciclo fundamental a aprovação é compulsória em grande parte dos municípios, a maioria dos alunos completa o ensino fundamental sem saber ler nem quanto escrever. A Prova Brasil avalia a capacidade aritmética e de leitura, escrita e interpretação sem levar em conta de forma qualitativa as inteligências múltiplas do aluno. Não há escolha aleatória para a aplicação da prova: ela é dirigida a alunos que apresentam melhor desempenho em leitura, escrita e aritmética. Encontramos imprecisão nos métodos de aferição para participação do Programa Saúde na Escola, mas, coincidentemente, como observado pela

professora Beatriz Souza - coordenadora do Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar da Universidade de São Paulo, após a instauração do Programa de Saúde na Escola houve “melhora” exponencial do IDEB nos municípios aonde fora implementado, fazendo com que o Governo aumentasse o parâmetro de adesão por meio do IDEB de 2,69 em 2005 para maior ou igual a 4,5 em 2009, o que propiciou a realização de uma leitura distorcida, que leva a crer que a presença da saúde na escola, realizada de forma mensuradora, quantitativa e intervencionista, trouxe e traz somente resultados positivos para a educação brasileira.

Outro fato a ser considerado criticamente, relativo à adesão ao Programa, é a redução da área de atuação de Equipes de Família da Saúde de 100% em 2005, para 70% em 2009. Em vista da deficiente manutenção de profissionais de saúde no interior do País, dada a ausência de políticas públicas de saúde, o Ministério da Saúde reduz o número percentual da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, para prestigiar economicamente um número maior de municípios e manter, assim, o biopoder político.

Por meio da Portaria Interministerial n.º 17/2007, ficou estabelecido que alguns municípios possuam escolas participantes do Programa Mais Educação em seu território. Esse programa integra ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) como estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva de uma Educação Integral ampla, fomentada pelos seguintes macrocampos: Acompanhamento Pedagógico; Meio Ambiente, Esporte e Lazer; Direitos Humanos; Cultura e Artes; Cultura Digital; Promoção da Saúde; Comunicação, Investigação no Campo das Ciências da Natureza e Educação Econômica.

Considerando somente as escolas especificadas nesse programa, o projeto do PSE determina a formação de Grupos de Trabalho Intersetorial saúde-educação, para (1) diagnosticar determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF (Estratégia de Saúde da Família) que atuarão no PSE (Programa Saúde na Escola); (2) criar territórios comuns entre UBS/PSF (Unidade Básica de Saúde/Programa Saúde na Família) e a Rede de Escolas abrangidas por esse programa, de modo a contribuir para o mapeamento dessa rede nas esferas municipal, estadual e federal; (3) quantificar o número de escolas, de alunos de cada escola e das questões prioritárias do perfil desses alunos para gerar corresponsabilidade social saúde-educação, pela instauração e seguimento do PSE em seu território; (4) identificar os responsáveis gestores de saúde e de educação pela articulação e introdução das ações de prevenção e promoção da saúde na escola e (5) padronizar e incluir as atividades do PSE a serem instituídas no projeto político-pedagógico da escola.

Em 22 de abril de 2015, o então Ministro de Assuntos Estratégicos da Presidência do Brasil Roberto Mangabeira Unger tornou público, para avaliação e revisão se necessário, por meio de assembleias temáticas, o projeto, ainda em versão preliminar da “Pátria Educadora: a qualificação do ensino básico como obra de construção nacional”.

A revisão preliminar compõe-se dos seguintes pontos prioritários assim resumidos:

1- Buscar a organização da cooperação federativa na educação, tendo como exemplo modelo o Sistema Único de Saúde, retirar o poder de ação fragmentária do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) e reforçar a administração descentralizada, por meio dos recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE), para criação de comissão tripartite sob a coordenação da federação e cogestão estadual e municipal, utilizando da legislação vigente por meio de leis que especifiquem o regime de cooperação ao Plano Nacional de Educação através do artigo 7 da lei 13.005 de 2014 e artigo 23 da constituição federal; sendo os planos mais ousados regulamentados por meio de emenda constitucional.

2- Promover um Cadastro Nacional de Alunos, por meio da Prova Brasil e INEP, facilitando uma individualização da oportunidade de ensino, através de medidas de apoio a alunos com baixo rendimento e admissão de alunos diferenciados, do ponto de vista pré cognitivo, à programa especiais dentro da própria rede ou criar uma rede federal de escolas Anísio Teixeira; as quais teriam dupla finalidade: servir de modelo educacional para que diretores, coordenadores e corpo docente aprendam e apliquem sequencias curriculares mais exigentes e funcionais para o experimentalismo pedagógico e permitir identificar vocações incomuns na massa de estudantes pobres nas escolas comuns e candidatar-se as escolas de referência com sequencias curriculares especiais, a fim de promover uma redução da desigualdade do país com ascensão da classe pobre com maior capacidade pré-cognitiva; sendo que os alunos com maior dificuldade de aprendizagem seguiriam o programa curricular padrão, que sobre a coordenação das escolas referências federais Anísio Teixeira, poderiam aplicar sequencias especiais para o experimentalismo pedagógico e para a individualização do ensino em prol da melhoria na educação básica.

3- Mudar o paradigma curricular e pedagógico do ensino básico centrada em três focos: aprofundamento seletivo (fortalecimento da capacitação analítica por meio de experiência mutável e itinerante com aplicabilidade na vida diária), atenção as capacitações analíticas e o enfrentamento das inibições pré-cognitivas (sócio emocionais) ao domínio das capacitações analíticas comportamentais à disciplina (concentração nas tarefas de aprendizagem, determinação na rotina de trabalho, habilidade na hierarquia de tarefas,

organização temporal, dedicação ao cumprimento dos compromissos e energia para reprimir distrações buscando aliança entre ambição e auto estima) e cooperação (ensino analítico e cooperador organizado em forma de equipe e redes, entre alunos e professores). O texto referêcia que lugar de disciplina é na família, mas que pela desestruturação da família brasileira de condições sócio econômicas mais baixas por causas multifatoriais (desagregação familiar, mães arrimos de família e companheiros instáveis, entre outras), a federação, através de um quadro de agentes comunitários, talvez organizados sob a égide do Ministério do Desenvolvimento Social (federalismo cooperativo), assumiriam a responsabilidade de buscar este aluno e assumiriam parte da responsabilidade da família criando nas escolas espaços de estímulos e cobranças em turno social ampliado, estendendo o turno escolar.

4- Estabelecer, em parceria com os estados, rede regional de Centro de Formação de Diretores, inicialmente com os diretores já presentes e a médio e longo prazo na capacitação e formação de novos diretores, tendo prosseguimento com Centro de Qualificação Avançada para os professores, funcionariam em colaboração com INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas) e em estreito relacionamento com as escolas federais de referência Anísio Teixeira, nos quais seriam ministrados cursos intensivos para suplementar a formação pedagógica, desenvolver as práticas e os protocolos exigidos pelo Currículos Nacionais e discutir as inovações e experiências do professorado.

5- Criar um plano nacional de carreira (criar um piso salarial de maneira a respeitar as diferenças regionais com progressão adequada na carreira e melhoria de salário de acordo com as metas e objetivos a serem cumpridos) a fim de valorizar o profissional docente e estimular o interesse de novos profissionais para docência; desenvolver uma Prova Nacional Docente realizada após a conclusão dos cursos de pedagogia e licenciatura constituído de parte teórica (disciplina a qual o docente leciona) e parte pratica (demonstração da capacidade de ensino de acordo com os métodos e critérios reconhecidos), estimular a carreira docente em pedagogia e licenciatura por meio de bolsas de estudo através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Educação (PROFAPED), uma variante do Programa Universidade para Todos (PROUNI), ainda a ser implementada, ampliar o Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID) que engaja estudantes do curso de pedagogia à docência sob a orientação de pedagogos regionais que tiveram sua capacitação aperfeiçoada nas escola federais de referência Anísio Teixeira .

6- Criar um Currículo Nacional (Base Nacional Comum) que tendo como base a diversidade organizada crie um sistema educacional que evolua a luz da experenciação; será coordenado por instituição específica com representação dos três níveis da federação e da

sociedade civil, centrado na análise verbal (interpretação e compreensão de texto) e raciocínio lógico e matemático, criando nos alunos do ensino fundamental e médio substrato analítico, crítico e construtivo, que serão ferramentas necessárias para transição do processo atual do ENEM para ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) digital a médio e longo prazo, que avaliará de forma contínua e digital a progressão do aluno durante sua evolução escolar.

7- Aproveitar os instrumentos jurídicos para implementação de Organizações Sociais de Educação para agregar educadores que venham de fora e possam contribuir para evolução de novas tecnologias e técnicas que possam reduzir as dificuldades de aprendizagem, atuar nas escolas de referência Anísio Teixeira e Centro de Qualificação Avançado para professores.

Através da 26ª nota pública, em 29 de abril de 2015, o Fórum Nacional de Educação (FNE), órgão de Estado pela Lei 13.005/2014, manifestou-se no debate em curso sobre o documento “Pátria Educadora: A qualificação do ensino básico como obra de construção nacional – Versão Preliminar”, elaborado pela Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, veiculado em 22 de abril de 2015 sobre a pertinência e a urgência de dar consequência ao lema Pátria Educadora tornando público sua discordância com o processo de elaboração e o conteúdo do documento em debate, explicitando algumas das divergências evidenciadas no anexo 6 desta tese.

Torna-se evidente que as divergências aqui levantadas contribuem para perpetuação do separatismo ideológico e político entre órgãos federativos, estaduais e municipais no que diz respeito à educação do Brasil. Não é proposta desta tese a discussão política da educação no país, mas uma vez citado como modelo o SUS, e direta e indiretamente as medidas aqui aprovadas influenciarão no diálogo intersetorial educação-saúde reitera-se algumas observações sobre a proposta Pátria Educadora.

No item dois da proposta aqui apresentada, propõem-se um Cadastro Nacional de Alunos, criados por meio obsoletos de avaliação como o Prova Brasil, já questionado nesta tese, e levantar a diferenciação pré-cognitiva entre o pobre mais inteligente do pobre menos inteligente, criando oportunidades por meio de escolas referências federais Anísio Teixeira para redução da desigualdade social entre mais pobres e mais ricos mantendo a biologização da vida (RYAN, 1976) e o darwinismo social do século XIX que dá a Pátria Educadora a missão centralizadora e arbitrária de educar, disciplinar e conduzir pessoas em prol da manutenção do equilíbrio e bem estar do estado condizente com a teoria do biopoder de Foucault (2005).

No item 7, propõem-se, baseado no modelo de terceirização do SUS pelas OSS (Organizações Sociais de Saúde) a criação de modelos de OSE (Organizações Sociais de Educação) permitindo a privatização de serviços terceirizados que promovam e executem projetos com objetivo de melhoria na educação, estas Organizações Sociais ferem, em muito os princípios do SUS, pois em muitos casos, levam ao protecionismo e formação de trustes e holdings na saúde que priorizam a detenção de poder a um pequeno grupo transferindo as ações coletivas municipais, estaduais e federativas à esfera privada em detrimento à pública, o que gera uma certa desvalorização do funcionário concursado público e uma dificuldade no diálogo intersetorial educação-saúde.

Volto ao passado e me vejo trabalhando como médico de Saúde da Família na comunidade de Cantinho em Cristópolis - BA, atendendo à demanda de gestantes e crianças do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. Um dia fui desagradavelmente surpreendido pela presença do Secretário de Saúde (ex-motorista de táxi, genro do então prefeito), que estacionara dois caminhões pau-de-arara lotados de pacientes do meio rural e “solicitou” que eu interrompesse a demanda do PSF e priorizasse o atendimento à demanda do meio rural. Estávamos em período de eleição do sindicato rural, que apoiava o prefeito. Esse breve relato biográfico e histórico denota que a autonomia concedida aos municípios para a identificação, programação e implementação do Programa Saúde na Escola, por meio de grupos interinstitucionais educação-saúde, pode vir a gerar segregacionismos político-partidários, ou seja, as áreas de oposição à administração vigente podem vir a ser desprestigiadas e, como contraponto, as áreas da situação podem ser valorizadas, o que gerará um viés de interpretação.

Torna-se evidente, através da ótica sobre a historicidade da saúde escolar no mundo, que devemos modificar nossa visão centralizada sobre as questões educacionais a fim de promover um olhar periférico em busca de uma melhoria no entendimento do processo de escolarização e busca da resolutividade na demanda de queixa escolar.

2.2. Nos espaços de educação, a queixa escolar

Concordo com todos os que reconhecem a urgência de questionarmos à ótica vigente, segundo a qual dificuldades de atenção, indisciplina, comportamentos dissonantes, dificuldade para aprender esta ou aquela disciplina demandem avaliação médica e psicológica, realizadas com base em modelos teóricos que privilegiem a dimensão individual, em detrimento do sócio histórico.

A busca de compreensão das dificuldades para aprender tem sido prioritariamente realizada com base num saber psicológico cujos modelos incluem o uso de instrumentos de medida psicopedagógica e de roteiros de anamnese que, em sua grande maioria, consideram oriundas de um “mau funcionamento” psicológico e/ou de um “mau funcionamento” de suas estruturas e dinâmicas familiares as dificuldades vividas pelos escolares. Associa-se a essa leitura a tendência à medicalização, o que perpetua o mercantilismo capitalista farmacológico da sociedade vigente.

Não é preciso grande esforço para constatar que há uma forte tendência à rotulação diagnóstica da queixa escolar por parte de equipes interdisciplinares de saúde e educação (médicos, psicólogos, pedagogos e fonoaudiólogos).

Patto (1991) elucida que o pré-diagnóstico desta demanda tem origem em carências: nutricional, de inteligência, de condições socioafetivas do aluno e família, o que contribui para a perpetuação do fracasso escolar em face de políticas públicas assistencialistas, emergenciais, gerando-se uma visão superficial, culpabilizante e exclusivista sobre o aluno e família.

Segundo a mesma autora (1997), a psicologia psicométrica baseia-se em instrumentos que autorizam o psicólogo a avaliar, classificar indivíduos e grupos e mensurar níveis de inteligência por meio de testes que, na maioria das vezes, não correspondem à realidade socioeconômica e cultural dos testados. Insiste na importância da adoção de uma postura crítica frente a essa forma de avaliar, pois a psicometria contribui para a manutenção de uma visão organicista, patologizante, eugenista, biogenética, geradora de uma vigilância normatizante da sociedade que exclui e sanciona os diferentes (FOUCAULT, 2005).

Segundo Souza (2002), a escola referenda a existência de problemas/dificuldades das crianças e adolescentes em relação à aprendizagem como se fossem dificuldades individuais ou familiares, deixando de considerar os processos sociais e históricos, pedagógicos e políticos que sustentam o precário sistema escolar oferecido para a aquisição do conhecimento fundamental para o desenvolvimento humano. Considerar o processo que produz as dificuldades de aprendizagem como fruto de relações de grande complexidade no processo de escolarização, faz com que possamos compreender o encaminhamento de uma criança ou adolescente como uma queixa escolar.

Ao compreender as dificuldades escolares como questões meramente individuais e familiares, as relações entre o sistema escolar e as instituições de saúde, de maneira geral, são mediadas por relatórios pedagógicos que serão encaminhados a profissionais especializados, os quais na cidade de São Paulo são primeiramente encaminhados aos pediatras das Unidades

Básicas de Saúde (nível primário). Posteriormente, estudantes identificados com dificuldades de comportamento são encaminhados aos psiquiatras e os com dificuldade de aprendizagem aos neurologistas da Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (nível secundário), após orientação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como rede matricial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais serão devidamente conceituados no próximo capítulo.

Esta queixa escolar produzida vai, na maioria das vezes, em busca de uma ótica da existência de dificuldades de aprendizagem centradas no aluno, que justificam o não aprendizado na escola. Em comum acordo com a autora, a proposta de intervenção desta tese levanta a possibilidade de discussão da reavaliação da ótica sobre o não aprendizado escolar buscando uma visão mais abrangente do processo, entendendo que o encaminhamento vindo das escolas expressa problemas e dificuldades construídos no processo de escolarização, permitindo inserir um modelo interpretativo de avaliação crítico-construtiva do processo (a demanda), e não da substância (o aluno) (ILLICH, 1975).

Nesta tese proponho que se considere uma maior abrangência do conceito de demanda de queixa escolar. A meu ver, a demanda de queixa escolar é qualquer fator, intrínseco e/ou extrínseco, que influencia direta e indiretamente na evolução a nível ambiental e/ou biopsicossocial e espiritual na formação de um indivíduo em processo de aprendizagem.

Da vivência prática trago o relato da diretora de um colégio estadual de São Paulo que relatou um fato ocorrido em sua escola: uma criança de nove anos do quinto ano do ensino fundamental espalhava pó de giz em uma carteira, aspirava pela narina e gritava: “quem manda no pedaço sou eu, e ai de quem não me obedecer”. Pelos processos naturais da escolarização atual, a coordenadora pedagógica encaminharia esta criança, com distúrbio comportamental, ao pediatra da Unidade Básica de Saúde mais próxima, e, por meio de carta-referência, ela seria encaminhada a especialistas da área de neurologia e/ou psiquiatria que tenderiam, em sua grande maioria, a judicialização, culpabilização e vitimização do aluno e família.

Ao consideramos a demanda de queixa escolar, relatada pela diretora, entenderíamos que a criança estava reproduzindo cenas observadas meio social em que vivia. Foi encaminhada uma assistente social a sua residência e, em uma conversa íntima e de confiabilidade pessoal com a família, foi relatado que o tio, usuário de cocaína, cheirava na mesa da sala e nos momentos de delírio tinha este comportamento que gerava aprisionamento e medo, quando sempre cediam a suas vontades. Sob orientação da psicóloga, observou-se que a criança reproduzia aquela atitude em sala de aula porque acreditava que, ao cheirar

aquele pó branco (giz), poderia mapear o território e ter o domínio do pedaço diante dos colegas. Buscou-se uma reorientação psicológica para a criança e família e sobre como os professores e coordenadores deveriam agir frente à situação vivenciada; também se buscou proteção judicial para a criança e a família em relação ao parente ameaçador. Observou-se a melhora do comportamento da criança em médio e longo prazo. Neste exemplo, fica evidenciado que ao buscarmos o entendimento da demanda queixa escolar poderemos deixar de navegar no redemoinho dos sintomas para promovermos a real solução dos problemas.

Segundo Machado, Souza e Sayão (1996), em levantamento realizado no início dos anos 1990, em escolas públicas paulistanas observaram um conjunto significativo de psicodiagnósticos de deficiência mental não confirmados no contato com as crianças, realizados por psicólogos que ao desconhecer o processo de aprendizagem escolar, o funcionamento das escolas e as relações ensino-aprendizagem analisam somente respostas dos estudantes a testes padronizados que, de maneira geral, revelam o conhecimento escolar que não foi adquirido em função da precariedade da escola oferecida.

Quando Souza (2005) realizou um levantamento de 25 prontuários de queixa escolar em Serviços-Escola da cidade de São Paulo, visando a conhecer “bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar”, constatou que, na grande maioria dos casos, as entrevistas de triagem e o relatório produzidos no final do processo psicodiagnóstico, ao descreverem a síntese do caso e propor seu encaminhamento, desprezavam fatores essenciais à compreensão do que ocorria com aquelas crianças no âmbito da escolarização, local onde se produzia a queixa. As entrevistas, realizadas com base em roteiros que privilegiam dados da história de vida da criança (parto, nascimento, doenças, separação dos pais, hospitalização e quedas, entre outros), antecedentes de problemas mentais na família e aspectos relativos à situação socioeconômica familiar, mostraram que o percurso do entrevistador conduz a resultados revelam concepções de desenvolvimento humano que não consideram as relações de aprendizagem que são constituídas no processo de escolarização.

A pesquisadora constatou que os modelos de entrevista utilizados não contemplavam particularidades de cada caso atendido e impossibilitavam o respeito à diversidade, sem dúvida existente entre crianças com diferentes queixas escolares. Ao concluir que a maioria dos casos da queixa escolar leva a hipóteses explicativas centralizadas, ainda, em aspectos individuais ou familiares de natureza física e emocional, a autora propõe que se faça uma entrevista inicial baseada em uma abordagem histórico-social, de modo a possibilitar que as questões partam, principalmente, de próprio relato da criança e esclareçam a história trazida.

A entrevista inicial deve ter, a seu ver, um caráter interventivo, de atendimento breve e possibilitar à criança ver-se implicada no processo de compreensão das próprias necessidades.

O que tenho observado em minha experiência profissional como médico do SUS há 24 anos, baseado em um modelo estadunidense é que a medicina ambulatorial e de pronto atendimento dos generalistas (clínicos e pediatras) e especialistas de saúde mental (psiquiatras e neurologistas) deste país é fundamentada em ações intervencionistas medicalizantes e diagnóstico fundamentado em evidências (EEG, CT e RMN de crânio), em detrimento da história clínica, semiológica e emocional da criança e pais envolvidos nas questões da demanda de queixa escolar; gera-se, então, um ônus econômico ao estado e individual e coletivo aos pacientes e familiares.

Moysés (2001) evidencia que, a partir da década de 1960, houve um aumento de escolas públicas para as classes populares, o que promoveu um crescimento da escola como espaço-físico, mas não do espaço-educacional. Havendo um aumento na quantidade, mas não na qualidade do ensino, a falsa dicotomia entre quantidade e qualidade em nada contribui para o enfreteamento e entendimento do processo educacional no Brasil.

A autora ainda reforça suas ideias com dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD entre 1982/1989), que informa ter havido nesse período um aumento em 15% da inserção de crianças com idade que variava entre 7 e 14 anos, o que numericamente implica um aumento de 23 para 26,5 milhões. Aumentou-se a oferta de vagas em 23,5%, quando se passou de 17,4 para 21,5 milhões de alunos. Nesse estudo observou-se a distribuição da população brasileira segundo conclusão da oitava série, sendo que 35% a concluem antes dos 15 anos, 10% após, e 55% não a concluem. O aumento da evasão escolar inicialmente foi explicado por uma necessidade de inserção no mercado de trabalho devido a problemas socioeconômicos familiares, mas um olhar mais cuidadoso dá a entender que ela se dava, na grande maioria dos casos, no segundo semestre do ano letivo. Aqueles que percebiam não ter chance de aprovação - dado serem excluídos pela política vigente de reprovação e não somente por sua condição socioeconômica - eram levados a crer que a responsabilidade pelo fracasso escolar era exclusivamente sua ou, quando muito, de sua família, eximindo dessa responsabilidade outras instâncias.

Na alegoria da Caverna do livro VI de “A República”, Platão discute a teoria do conhecimento, linguagem e educação na formação do estado ideal. No tempo atual, a educação seria representada pela escola, em que os alunos são psicometricamente mensurados e classificados por meio de testes que pretensamente avaliam a inteligência humana, como o

WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*), o Bender, o ENE (Exame Neurológico Evolutivo).

Por não dar conta da demanda de queixas escolares criadas pelas escolas enquanto sistema de aprendizagem, foi criado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE; BRASIL, 2005):

O PNSE foi criado em 1984 e, na sua atual concepção, concede aos municípios apoio financeiro, em caráter suplementar, para a realização de consultas oftalmológicas, aquisição e distribuição de óculos para os alunos com problemas visuais matriculados na 1ª série do ensino fundamental público das redes municipais e estaduais. Seu objetivo é a identificação e a correção precoces de problemas visuais que possam comprometer o processo de aprendizagem, visando à diminuição dos índices de repetência e evasão escolar. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, 10% dos alunos da 1ª série do ensino fundamental público apresentam deficiências visuais, necessitando de medidas corretivas. O programa atende os municípios que apresentam o maior número de alunos triados em exames de acuidade visual, sendo um por estado.

Por meio do Programa Saúde na Escola (2013), do Ministério da Saúde, o médico tornou-se agente de diagnóstico e intervenção sobre as consequências, e não sobre as causas primárias. Através de projetos como o “Olhar Brasil”, por exemplo, são mensurados graus de deficiência visual, são distribuídos óculos e a queixa escolar permanece em sua condição de problema orgânico, individual, central e mensurável, sem o entendimento de serem as causas orgânicas, apenas uma das possibilidades de compreensão do problema.

No âmbito da temática Saúde Mental, Direitos Humanos e Álcool e Drogas, ações do componente II do PSE, cuja proposta trata-se de uma abordagem intersetorial educação-saúde nas Escolas de Ensino Fundamental Municipais da união Federativa Brasil com objetivo de garantir um espaço de discussão e articulação da Rede de Apoio Psicossocial; compostas pelos equipamentos de saúde, assistência social, segurança, educação e lazer disponíveis no território a fim de promover criação de grupos intersetoriais, para discussão de saúde mental no território escolar, com o grupo de trabalho intersetorial do PSE, por meio de ações como Tear Educacional e Rodas de Conversas mensal com participação da psicóloga e assistente social, visando:

- Impactar na prevenção de agravos de doenças mentais reduzindo encaminhamentos para a rede de saúde, qualificando a ação pedagógica e a atenção integral para aspectos singulares dos educandos e suas famílias;
- Valorizar e qualificar a função social do profissional de saúde e de educação;
- Ampliar a garantia de direitos das crianças, adolescentes e jovens;
- Diminuir a evasão escolar;
- Fortalecer fatores de proteção e promoção da saúde;

- Contribuir para a produção de relações de cooperação, não violência e garantia de direitos no território compartilhado entre escolas e equipes de saúde;
- Fortalecer os vínculos entre familiares e educandos, entre os familiares e os profissionais de saúde e educação, entre os profissionais de saúde e educação, entre os profissionais de saúde e educação e os educandos; e entre os próprios educandos; e
- Empoderar a comunidade para organização democrática na tomada de decisões locais. (Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010).

Embora observa-se uma melhoria do diálogo intersetorial do século XX ao XXI, ainda prevalecem as ações intervencionistas da saúde na educação, quando por meio de testes como o SNAP-IV (Questionário Revisado da Escala de Swanson, Nolan e Pelham versão IV do DSM-IV), os agentes de saúde treinam os agentes da educação a fim prevenir possíveis transtornos de comportamentos (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Desafio e Oposição).

De forma imperativa e mensurativa a saúde determina as diretrizes do processo de escolarização nas questões de queixa escolar, que caberiam somente à educação e transformam demandas de variação normal do comportamento em status de DSM-V (2013) em prol da manutenção do biopoder das indústrias farmacêuticas; sendo assim, a intersetorialidade ampliou-se não como “diálogo”, mas sim como vetor de medicalização dos outros setores pela saúde.

A área da saúde, em particular a de especialistas da saúde mental (neurologistas, psiquiatras e psicólogos), retroalimenta o biopoder da medicalização sobre a educação e a sociedade por meio de ações biopolíticas reguladoras, que prestigiam a quantificação dos sintomas em detrimento de sua qualificação. Cito como exemplo o DSM-V (*Diagnostic State Mental-V*, 2013), no qual os "melhores" especialistas de saúde mental, devidamente validados pela sociedade científica mundial e potencialmente envolvidos com os interesses escusos das indústrias farmacêuticas, atribuem a categoria de distúrbios e transtornos comportamentais ao que seriam simples variações da normalidade: estar triste é ser depressivo, estar alegre é ser hipereufórico; crianças arteiras são hiperativas, os que trocam letras são disléxicos, os que esquecem têm déficit de atenção.

Esses exemplos retroalimentam o biopoder esquematizado por Espírito Santo (2013): o biopoder (especialistas em saúde mental: psiquiatras, neurologistas, psicólogos e enfermeiros em saúde mental) convoca biopolíticas (DSM-V), que elegem como ação a medicalização e a biologização da sociedade (indústrias farmacêuticas), por silenciar conflitos

político-sociais e reforçar o biopoder por meio de novas ações biopolíticas, biologizantes, patologizantes e medicalizantes.

Figura 2- Diagrama do Biopoder e Biopolíticas

Cito como exemplo dados da minha própria experiência de neurologista do AMA-E no município de São Paulo, desde 2007. Quando solicito às escolas municipais vinculadas à Regional de Educação o relatório pedagógico das crianças com suposta dificuldade de aprendizagem, me surpreendo negativamente com as respostas aos questionários dirigidos aos professores (dez questões) e aos pais (cinco questões). Dificuldades específicas na aprendizagem de alunos são avaliadas, de forma quantitativa pelos professores, desde muito abaixo da média até muito acima da média, e pelos pais, num intervalo que varia de nunca a sempre. Tais instrumentos foram elaborados pelo Núcleo de Psiquiatria e Saúde Mental do Ambulatório Médico das Especialidades, gerido pela Organização Social de Saúde responsável por esta demanda (Anexo 3).

Os médicos especialistas (neurologistas e psiquiatras), em sua maioria, acionam o Sistema Diagnóstico e Terapêutico para solicitar exames complementares, como eletroencefalograma – EEG e tomografia computadorizada de crânio - TCC, exames que, em sua grande maioria, apresentam resultados normais, ou seja, oneram econômica e desnecessariamente o SUS. Tais exames colaboram muitas vezes para incentivar e manter os valores de uma formação organicista e mensurativa, que privilegia práticas quantitativas e terapêuticas medicalizantes. Além disso, essas ações não se diferenciam daquelas propostas

por programas de saúde instituídos nas escolas da década de 80 e 90, que incluíam nos diagnósticos a psicometria, o EEG e os testes de acuidade visual e auditiva e propunham intervenções terapêuticas especializadas, realizadas por neurologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, conforme evidenciado por Patto em “A Produção do Fracasso Escolar” (1991).

Atualmente, 25 anos depois da publicação dessa obra, persiste a mesma visão, tendo ocorrido de novo apenas o aprimoramento técnico da ação que passou a incluir exames complementares modernos, entre os quais, a ressonância magnética do crânio e a institucionalização nas escolas da aplicabilidade do SNAP-IV (Anexo 2) por pedagogos. O SNAP-IV é um teste clínico aplicado por profissionais das secretarias da educação (professores e coordenadores pedagógicos) e saúde (enfermeiros e psicólogos da saúde mental) para pré-diagnosticar crianças com suspeita de TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade), construído tomando por base, na época, o DSM-IV (Diagnostic State Mental-IV, 2002) da Associação Americana de Psiquiatria, que se tornou um forte instrumento metodológico nas mãos de pedagogos treinados por psiquiatras e enfermeiros dos Centros de Saúde Mental das Organizações Sociais de Saúde. São pedagogos preparados para pré-diagnosticar, a partir do entendimento de serem “distúrbios psiquiátricos” os déficits de atenção e/ou a hiperatividade que, na maior parte das vezes, são apenas simples variações da normalidade.

Observemos com atenção o SNAP-IV. No referente a atenção/desatenção, constatamos que os advérbios “bastante” e “demais”, que figuram em pelo menos seis dos itens que variam de 1 a 9, sugerem haver mais sintomas de déficit de atenção do que o esperado para as faixas etárias consideradas. Uma vez identificado que há pelo menos seis itens assinalados como “bastante” ou “demais” (de 10 a 18), conclui-se que há mais sintomas de hiperatividade e de impulsividade do que se espera encontrar em uma criança ou um adolescente nesta faixa etária. Estes dados atendem ao critério A de classificação; se a sintomatologia se faz presente antes dos sete anos de idade, atendem ao critério B. Se, além disso, os sintomas se manifestam em pelo menos dois contextos diferentes - como, por exemplo, nos ambientes familiar ou escolar -, atende-se ao critério C - quando há problemas relacionados a tais desvios com transtornos na esfera familiar e escolar, atende-se agora ao critério D. Finalmente, caso esses dados estejam associados a “outras patologias” - como depressão, deficiência mental e psicose -, atende-se ao critério E.

Há cinco critérios para o diagnóstico de TDAH, que é de responsabilidade exclusiva do médico, conforme se pode ver no site da ABDA (Associação Brasileira do Déficit de

Atenção), financiado, entre outros, pela Novartis, detentora do medicamento Ritalina®, fartamente prescrito nos casos de haver suposto ou real TDAH.

Em minha prática como médico, tendo solicitado à mãe de uma criança com suposta dificuldade de aprendizagem o relatório pedagógico de aproveitamento escolar; tive a infeliz surpresa de receber testes adaptativos do SNAP-IV de algumas disciplinas, o MTA-SNAP IV, com 26 questões cada, sendo 18 relacionadas a questões comportamentais de hiperatividade e oito a déficit de atenção, graduadas quantitativa e exponencialmente em “nem um pouco”, “um pouco”, “bastante” e “demais” (Anexo 4).

Embora essa avaliação unitária advenha de adaptações do SNAP IV e utilizando-se esse recurso como padrão de referência, a diversidade dos resultados obtidos pela criança nas disciplinas avaliadas nos permite tecer considerações relativas à confiabilidade destes instrumentos de avaliação de déficits de atenção e de hiperatividade.

Consideramos primeiramente a disciplina Leitura: a professora passou corretivo em seis dissertivas do teste aplicado e não as regraduou no teste. Pode-se concluir, inicialmente, que a professora possa estar tendo, ainda que transitoriamente, um *déficit* de atenção e/ou não tenha entendido o que esse teste se propõe medir. Na disciplina Português, a professora classificou 13 “demais” (sete dissertivas de déficit de atenção e seis de hiperatividade) e 10 “bastante” (três dissertivas de déficit de atenção e sete de hiperatividade). Este instrumento, lembro, atende somente ao critério A de diagnóstico clínico.

Se fôssemos atentar somente aos resultados desse teste, correríamos o risco de pré-diagnosticar a criança como portadora de TDAH. Mas quando, construtivamente, lançamos um novo olhar ao teste - sem perder de vista que ele foi criado para identificar demandas de queixa escolar - e entrevistamos a professora, ouvimos que, por motivo de atribuição escolar, a disciplina Português foi ministrada por diversos professores durante o ano. Isoladamente, este fator talvez não devesse ser considerado. No entanto, quando associado a outros, ele ganha relevância no conjunto de informações para o diagnóstico em questão, pois gera uma não empatia dos alunos pela disciplina uma vez que não se constrói uma afetividade entre aluno e professor e se fôssemos pensar de forma medicalizante surgiria um novo CID: “Transtorno do Déficit de Vinculação com o Professor”, brilhantemente proposto pelo prof. Dr. Teixeira, durante a avaliação da minha tese.

Nas disciplinas Informática, Matemática, Educação Física e Artes, predominam as classificações “nem um pouco”, relativas à hiperatividade e “bastante” e “demais”, relativas à concentração e à atenção. Isso não permite afirmar que essa criança tenha déficit de atenção.

Permite apenas considerar a necessidade, a partir do teste proposto, de criação de recursos pedagógicos que ampliem as possibilidades de exercício da concentração e da atenção.

Na disciplina Geografia há duplicidade de respostas no item 10 do questionário e elevação da graduação de “nem um pouco” para “bastante” nas questões 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11. Evidencia-se que não houve entendimento suficiente ou houve desinteresse pelo teste, o que pode ser causado por diversos fatores, entre os quais o já mencionado fato de muitas disciplinas serem ministradas (por motivos de atribuição escolar) por diversos professores, o que contribui para a não aderência do aluno a ela.

Baseados nos resultados desses testes, classificaríamos o aluno como portador de TDAH. Modificada a ótica, apesar das críticas feitas e considerada a demanda de queixa escolar, poderíamos levantar o seguinte questionamento: como melhorar a atribuição escolar na 5ª série C a fim de diminuirmos a rotatividade de professores nas disciplinas, com o objetivo de melhorar a concentração, percepção e atenção desse aluno e de seus colegas? Reconheço que essa intervenção ainda se dá, em nível da instituição escolar, de forma quantitativa e mensuradora, embora saibamos que as causas primárias desse quadro lamentável são outras - de caráter social, político e econômico.

Outra forma de atendimento atual da demanda é feita com base nos relatórios pedagógicos enviados pelos coordenadores das escolas públicas municipais, estaduais e federais que, em sua grande maioria e segundo minha experiência ambulatorial no SUS, culpabilizam e vitimizam o aluno e sua família. Os médicos especialistas, tornam-se prescritores de medicamentos que "potencializam a atividade cerebral", como o metilfenidato e/ou antidepressivos e/ou ansiolíticos, que provocam ação inibitória do Sistema Nervoso Central (SNC) e promovem, assim, uma falsa sensação de melhora no comportamento que não é acompanhada de melhora na capacidade de aprendizagem. Tal intervenção satisfaz exigências da sociedade pós-industrial e reduz questões de saúde coletiva e pública a orgânicas e individuais.

Guarido (2010) reafirma que o diagnóstico de uma patologia gera a busca de causas em prol de uma terapêutica, muitas vezes de caráter biologizante e patologizante.

Tenho observado que os questionários utilizados para mensurar alunos com hipótese diagnóstica de dificuldade de aprendizagem - em mais qualificado ou menos qualificado - propiciam a adoção de uma ótica própria do, ainda em voga, darwinismo social. Tais questionários contribuem para a manutenção do biopoder das OSS (Organizações Sociais de Saúde), que levam a ações de políticas públicas que culpabilizam os alunos e suas famílias,

determinando em médio e longo prazo a judicialização da exclusão dos menos adaptados - alunos com queixa escolar.

O autor desta tese coabita com os ideais da desescolarização de uma sociedade escolarizada proposto por Illich (1975); a escola, enquanto meio institucional social, contribui para a polarização ao gerar um desnivelamento social determinado pela falsa impressão de que, quanto maior o grau de escolarização, melhores são os resultados de ascensão social; sendo assim, diretores, coordenadores pedagógicos, família e sociedade são “escolarizados” de forma a confundir ensino com aprendizagem.

O ensino fornece o substrato necessário para o aprimoramento da aprendizagem, mas a aprendizagem é um instinto de sobrevivência intrínseco do ser vivo que ocorrerá independentemente da escola como instituição; portanto, a escola nos provê com os instrumentos necessários aos conhecimentos de aplicabilidade cognitiva e prático para as ciências exatas, humanas e biológicas, porém não é o fator determinante da aprendizagem; é, sim, um fenômeno observacional e de experimentação, ou seja, o fato de sabermos ler e escrever não nos torna leitores ávidos e críticos, mas o que faz isto é a experimentação e a curiosidade da individualidade coletiva; sendo assim, a escolarização fornece instrumentos importantes para a aprendizagem, mas enquanto estiver restrita aos “muros da escola” contribuirá para perpetuação do darwinismo social e evasão escolar.

Em pleno século XXI, em meio à revolução tecnológica e da informática, em que as crianças se comunicam por meio de recursos como *e-mail*, *whatsapp* e *facebook*, ainda prevalece nas escolas o axioma de que aprendizagem depende do ensino (ILLICH, 1975); um ensino obsoleto ainda regido pela institucionalização do saber quantitativo, hierárquico e exclusivista do maior saber sobre o menor saber. Ter que frequentar a escola para ter boas notas ou por não ser reprovado por faltas faz com que o aluno esteja presente, mas não vivencie a escola, gerando-se uma insatisfação coletiva por falta de uma experiência motivacional positiva, e determina, na maioria das vezes, uma ocupação do espaço pelo terceiro setor - tribos e comunidades internas que decidem as regras de convivência social, muitas vezes sedutoras, quando se abre espaço para aprendizagem da criminalidade dentro da instituição escolar.

Enquanto a instituição escolar for fundamentada pelo conceito errôneo de que ensino leva a aprendizagem, estará fadada a perpetuação do fracasso escolar; sendo a aprendizagem o conhecimento intrínseco de uma experiência motivacional positiva e/ou negativa, temos que oferecer substrato necessário, ou seja, um ambiente educativo interativo intra e extraescolar que desperte no aluno a curiosidade e lhe proporcione desenvolver esta experiência emocional

negativa e/ou positiva de forma intrínseca; ou seja, experiência vivenciada é experiência apreendida, despertando nos alunos seu instinto de sobrevivência mediante as experiências de aprendizagem, o que propomos no capítulo adiante, pelas oficinas de vivência.

2.3. Neurofisiologia da aprendizagem: uma visão não medicalizante

Como neurologista e neurofisiologista por formação e tendo como objeto de estudo a demanda de queixa escolar, acho interessante acrescentar um estudo sobre a neurofisiologia da aprendizagem. Não, a partir de uma visão quantificadora e mensuradora, porém daquela em que se confere ênfase não à deficiência, mas sim à potencialidade do órgão cérebro para a aprendizagem.

Embasados no conceito de Bergson (1974) - segundo o qual a vida é tendência multidirecional, inventiva e adaptativa -, partindo-se de um impulso vital, é preciso construir uma rede de feixes de vivências experimentadas de forma agônica e antagônica, harmônica e desarmônica, evolutiva e involutiva, crescente e decrescente.

O autor evidencia que a evolução criadora da vida não é estática e unidirecional, mas, sim, multidirecional, inventiva e adaptativa. O que determinará o seguir nessa direção, aparentemente sem direção, é o impulso vital que resulta das experiências vivenciadas de forma agônica e antagônica, harmônica e desarmônica, evolutiva e involutiva, crescente e decrescente.

Segundo o mecanicismo, a evolução das espécies ocorreu dada a necessidade de adaptação ao meio, determinante da permanência ou da extinção de cada espécie. Embora a adaptação deva ser considerada um dos fatores determinantes da permanência ou da extinção das espécies, seria simplório considerá-lo único. Bergson, contrariando essa teoria, afirmava que a evolução da vida é modificada por circunstâncias do percurso que, multidirecional e multivariável, propicia um movimento evolutivo a partir de uma desordem crescente advinda de vias secundárias, mais complexas e mais elevadas, determinadas por um impulso vital.

Foi seguindo o mais perto possível os dados da biologia que Bergson chegou à concepção de que há um impulso vital e uma evolução criadora. A evolução da vida surge ao filósofo, à primeira vista, como o resultado natural da luta entre espírito e matéria. A intuição não tarda em compreender que a materialidade - como interrupção da tensão vital, como detenção virtual do impulso, como expressão da extensão e da divisão dos entes e como inversão da ordem vital na ordem estática da matéria - está, de algum modo, presente na própria consciência humana.

A materialidade é, portanto, um movimento. Com base nesse princípio, a vida não é outra coisa senão uma sede de ascensão. Caso a vida fosse unicamente consciência, seria mediante nossa intuição que instalaríamos o esquema solidificado da inteligência. Tudo se põe de novo em movimento e se resolve no movimento.

Para esse autor, é de extrema importância a vitalidade na natureza, que se diferencia radicalmente do aspecto estático. Haja vista que, ao relacionar as duas formas de moral e de religião, esse pensador insiste em apontar que, enquanto uma dessas formas é marcada pela dinamicidade, a outra o é pela ausência do movimento e pela rigidez.

Isto pode ser observado especialmente quando consideramos que Bergson, ao analisar a natureza em *A evolução criadora*, o faz afirmando que os corpos isolados, estáticos, cujo movimento se dá por choques, constituem o aspecto inerte da natureza. A concepção estática da natureza, considerada sobretudo pelo fato de o movimento não se dar no interior do corpo, é expressa pelo mecanicismo. Segundo essa corrente, o movimento inerente ao interior do corpo não afeta sua natureza, mas o desloca, transportando-o de uma posição para outra num espaço homogêneo.

Esta é a teoria que, segundo Bergson, fornece a base para a física mecânica se operar. A ciência e a percepção estabelecem recortes arbitrários do real e, desse modo, tendem a excluir a realidade da duração. Por se ater ao dado presente, verificando pontualmente as diversas configurações, acabam não levando em consideração seu prolongamento com o passado e, com isso, eliminam a duração virtual. Esse aspecto estático, em hipótese alguma deve, na visão de Bergson, ser confundido com a materialidade. Isso, porque esse filósofo não estabelece fronteiras entre matéria e vida, mas somente entre os recortes artificiais produzidos pela inteligência e a vida.

O impulso vital é determinado pelo instinto e inteligência que, embora coabitem, apresentam tendências que os caracterizam: a inteligência fabrica e diversifica a produção de ferramentas a serem organizadas e utilizadas pelo instinto, enquanto o instinto tem a faculdade de utilizar e construir instrumentos organizados; a inteligência acabada fabrica e emprega instrumentos inorganizados.

A vitalidade constitutiva dos seres vivos origina-se do impulso vital, cuja potência consiste especialmente em criar, fazer surgir, gerar. O mesmo sugere que, assim como a memória pura tende a se atualizar numa diversidade de ideias ou lembranças do presente, o impulso vital faz a conversão do ser contraído da duração em uma variedade de formas vivas que são caracterizadas pela mudança contínua. O esforço do impulso vital se foca em ultrapassar as diversidades e as formas em direção a uma novidade por vir.

As formas, na filosofia bergsoniana, não são entes ideais, espirituais, que habitam um mundo, como se dá no platonismo. Ao contrário, elas são inferiores, estão alienadas do processo vital que as produziu e por este motivo tendem à materialidade. O impulso é este movimento de diferenciação do ser, o esforço do fazer, enquanto a forma é apenas o resultado final deste processo. O ser da forma não é substancial, mas um movimento não criativo, conservador. Eis porque a inteligência se sente à vontade quando pensa a forma, o organismo ou um sistema fechado.

Como vemos, o conceito de impulso vital é tematizado por Bergson como uma ordem que parte do ser virtual, único, e se direciona à pluralidade de tendências atuais. Tudo acontece como se o ser fosse a mudança, o absoluto que, ao se diferenciar, divergisse em direções diferentes.

Na obra “O erro de Descartes”, Damasio (1995) reafirma que a emoção se acha intimamente associada à memória, ou seja, ao contexto em que é vivida na experiência individual. Assim, sinto, penso, logo existo.

Fundamentado nessas bases teóricas, levanto o seguinte questionamento: qual é o impulso vital que minimiza a ocorrência de queixas escolares e, simultaneamente, fortalece a formação de redes sinápticas do saber? Por meio do instinto e da inteligência, se criarmos um potencial adequado e um saber saudável, estaremos fornecendo as ferramentas necessárias para o desenvolvimento do potencial individual cognitivo (instinto), ao estimular o desenvolvimento do impulso vital de criar, fazer surgir e gerar a partir de mudanças contínuas.

O saber do século XXI ainda se encontra embasado em valores marxistas de obras como *A taxa da mais valia* (MARX, 1996), na qual impera a produção da coletividade em prol da potencialidade da individualidade, de tal modo que os não capazes de produzir o saber da coletividade tornam-se, de forma velada, fadados à exclusão da sociedade produtiva. Esse tema foi brilhantemente abordado em “A exclusão dos ‘incluídos’” (FACCI; TULESKI; MEIRA, 2011).

Nesta obra, Meira reforça o conceito, anteriormente fortalecido por Bourdieu, de “exclusão do interior”. Observa que uma exclusão seletiva tem início no ensino básico e persiste até o ensino fundamental, por meio da aprovação compulsória, em busca da falsa terra prometida. À medida que os alunos se aproximam da conclusão do ensino fundamental, deparam-se com a triste realidade da miragem do saber.

Segundo Vygotsky (1991), as leis naturais do comportamento se baseiam nas leis estímulo-reação, e há codependência entre essas duas leis em uma relação diretamente

proporcional. Ou seja, neurofisiologicamente, todo estímulo gerará um potencial de ação (visual, olfativo, tátil, gustativo, cognitivo e/ou límbico) por meio do qual as experiências vivenciadas produzirão reações negativas e/ou positivas, impregnando-se, sempre, a memória comportamental e afetiva (sistema límbico).

Na teoria dos estágios de Piaget (1999) o desenvolvimento intelectual durante a infância segue os seguintes estágios: no primeiro mês predomina o tronco encefálico (comanda ações reflexas e controla funções respiratórias e circulatória), responsável pela elaboração de esquemas e reflexos (automatismos inatos ou adquiridos, são a base da organização corporal e da consciência), período de total dependência de sobrevivência materna; os estímulos sensorio-motores externos mais desenvolvidos serão o olfato (cheiro da mãe, ambiente e excreções fisiológicas), gustativo (leite materno), térmico (calor e frio materno e/ou ambiental), sucção (aleitamento materno) e tátil (toque e afeto materno e de entes próximos).

A partir do sexto mês de vida predomina a córtex primária (ligada à percepção, transmite impulsos sensoriais e motores para os mecanismos neuromusculares); tem início o esquema sensorio-motor, e é quando há o aprendizado prático, decorrente dos sentidos e das ações motoras; durante este período a criança inicia o ato do engatinhar, desenvolve maior curiosidade, autonomia e conhecimento do meio em que vive. As ações devem ser supervisionadas pelos pais, mas não impedidas, ou seja, se durante o desenvolvimento neuropsicomotor ela procura engatinhar sobre escadas, e se a estimularmos e supervisionarmos, desenvolveremos neurofisiologicamente seu equilíbrio e postura desafiadora positiva em relação aos obstáculos da vida; se por medo e risco de ela se machucar a impedirmos, contribuiremos para o atraso neurofisiológico e emocional diante desses obstáculos, ela terá desenvolvido uma experiência cerebral emocional negativa diante do medo e insegurança que lhe bloqueiam a ação.

Dos dois anos de vida em diante predomina a córtex associativa, que processa informações, discriminando os estímulos recebidos e os comparando aos pré-existentes. É um estágio pré-operatório no qual há sofisticação da função simbólica e aquisição da linguagem; é um período em que o cérebro da criança consolida a representatividade simbólica da linguagem e que deve ser estimulado por meio de musicalização e histórias audiovisuais dentro de um contexto que promova a observação, a experimentação e interpretação do contexto vivenciado, ou seja, ao contarmos uma história devemos incentivá-la à vivência desta história mediante estímulos sensoriais múltiplos - olfativos, gustativos, térmicos e táteis.

Quanto mais estímulos associativos desenvolvermos, mais criaremos um bom substrato para o próximo estágio, o qual se dá a partir dos sete anos com o predomínio do córtex associativo heteromodal, que integra estímulos sensoriais e é quando se desenvolve a memória comparativa associada ao sistema límbico (emoções).

É o estágio operatório concreto, no qual se firma o raciocínio lógico, ainda extrínseco à capacidade de abstração. Neste período devem-se reforçar experiências vivenciadas, de forma a fortalecer o senso crítico emotivo de juízo moral social de certo e errado e a empatia pelo próximo; os exemplos familiares e sociais apreendidos até então serão determinantes para a representatividade individual da criança dentro do coletivo social, ou seja, bons exemplos geram bons comportamentos, assim como maus exemplos geram maus comportamentos. Este estágio prevalece até os 11 anos de idade e é de fundamental importância para aquele que se forma a partir deste período, no qual continua predominando a córtex associativa heteromodal, mas há evolução do pensamento formal, desenvolve-se a capacidade de abstrair ocorrências a partir de fatos hipotético-dedutivos. Neste período desenvolve-se o senso crítico e afetivo emocional em relação ao meio em que se vive, como, por exemplo, o questionamento sobre a própria existência associado a alterações hormonais da faixa etária e pouca maturação da córtex pré-frontal, que determinam comportamentos socioafetivos desafiadores possíveis de serem redirecionados a uma liderança positiva desempenhada por familiares e educadores que instiguem o conhecimento em vez da aprendizagem, os limites por experimentação e disciplina como pró-atividade.

O cérebro humano desenvolveu, a partir da evolução filogenética, a capacidade única de propiciar o desenvolvimento da leitura e da escrita.

Dalgalarondo (2011) relata no livro “A evolução do cérebro: sistema nervoso, psicologia, psicopatologia sob a perspectiva evolucionista” que a evolução filogenética da linguagem estaria fundamentada em duas hipóteses: uma gradualista (continuísta) e outra saltacionista (descontinuísta).

Na evolução continuísta, cuja teoria é sustentada por autores como Parker (1985), Milo e Quiatt (1993) e Armstrong, Stokoe e Wilcox (1994), a evolução da linguagem teria sido lenta e gradual, desde os primatas antropóides (ancestrais dos símios atuais - chimpanzés, bonobos e gorilas) e dos homens pré-humanos, os homíneos (australopithecenos, *homo habilis*, *erectus* e neandertalenses, entre outros).

Segundo a outra vertente, a da evolução descontinuísta, a linguagem teria se originado de forma súbita, a partir do chamado *big bang* linguístico que, segundo a paleontologia, teria ocorrido concomitantemente à presença da evolução filogenética do *Homo Sapiens*, um

comportamental/cognitivo moderno associado à explosão da simbolização do paleolítico superior europeu. Essa teoria é sustentada por Davidson e Noble (1989), Bickerton (1990) e Burling (1993).

Algumas dessas teorias descontinuístas apoiam a hipótese de macromutação genética da linguagem. Tais teorias se aprimoraram e alcançaram seu ápice ao se entender a fase de evolução cultural da espécie humana a partir da evolução da espécie *Homo Sapiens*, fundamentadas na evolução sociocultural e ambiental filogenética.

Hauser, Chomsky e Fitch (2002) publicaram na revista *Science* uma síntese de seus estudos sobre a origem da linguagem. Segundo esses autores, o desenvolvimento da linguagem humana teria como princípios estruturais a linguística, a biologia evolucionista, a antropologia, a psicologia e as neurociências. A faculdade da linguagem seria expressa em: faculdade da linguagem em sentido amplo - *broad sense* (FLSA) e faculdade da linguagem em sentido estrito - *narrow sense* (FLSE).

A FLSA, relacionada a um sistema sensório-motor associado à capacidade neuronal fonológica de falar e compreender a linguagem, é um sistema conceitual-intencional dependente de fatores como simbologia, crença, cultura e relações intersociais com o meio em que se habita.

Na FLSE estaria o centro computacional operacional cerebral da linguagem humana, em que a construção semântica e/ou sintática se associa a construção, expressão e compreensão da linguagem humana de forma infinita.

A associação das duas vertentes coabita e é codependente. Ou seja, à medida que a espécie humana evoluiu do ponto de vista filogenético, biológico, psicológico e neuroanatômico funcional, o cérebro da linguagem procurou criar mecanismos computacionais cerebrais adaptativos, para gerar representações internas que buscassem mapear tanto a interface do sistema sensório-motor quanto do sistema conceitual intencional e do sistema semântico formal. A partir do fragmento das palavras busca-se seu entendimento semântico e se procura ordená-las em frase conexas e inteligíveis.

Hauser e colaboradores (2002) formularam três hipóteses de evolução filogenética da linguagem: (1) a linguagem teria evolução homóloga à da comunicação animal, variando segundo aspectos quantitativos de complexidade. Essa é a vertente dos etólogos, primatólogos e de alguns psicólogos; (2) a FLSA não seria uma continuidade da comunicação animal, e sim uma adaptação, única e exclusiva, da espécie humana, devido à complexidade da linguagem humana. Essa é a vertente defendida por linguistas; (3) a FLSA seria compatível com a

evolução da linguagem animal de forma quantitativa (grau de evolução da linguagem), e não qualitativa. Esta é a vertente defendida por Dalgallarrondo (2011).

A FLSE seria uma propriedade exclusiva da linguagem humana que permitiria à espécie humana uma potencialidade para a criatividade infinita, ou seja, para a construção infinita de frases com base em um modelo linguístico limitado, que confere à linguagem humana um caráter composicional complexo (frases formadas por combinações infinitas geram um significado distinto para cada uma delas) e um caráter digital (rearranjos discretos em certas ordens geram combinações e possibilitam interpretações infinitas).

Essa propriedade exclusiva da linguagem humana encontra fundamentos na neuroplasticidade do sistema nervoso central, dominância hemisférica cerebral esquerda para linguagem verbal (área de Werneck, responsável pela compreensão e área de Broca, responsável pela expressão), interconexão neuronal entre áreas próximas e distantes, permitindo a elaboração, processamento, organização e compreensão da linguagem humana (função semiótica da linguagem).

Sobre a capacidade de escrever, segundo Kopczynski (2007), a aprendizagem motora da escrita é um processo desencadeado por treino, uma vez que as repetições consolidam sinapses neuronais, inicialmente temporárias, que com a continuidade dos estímulos consolidam-se definitivamente, e seu grau de consolidação dependente de faixa etária, tempo de exposição aos estímulos e meio ambiente propício à consolidação dos estímulos. Ou seja, o saber é construído a partir de caracteres fenotípicos e genotípicos inerentes ao indivíduo. Ninguém nasce sabendo. O saber é a evolução do aprendizado do viver (CASEY et al., 2000; CASEY et al., 2005).

Os primeiros sinais referentes às letras são captados pelos cones da fóvea e enviados ao nervo óptico. Decussam no quiasma óptico e ascendem pelo corpo geniculado lateral à região especializada na leitura, a região occipito-temporal ventral do hemisfério esquerdo, quando submetidos às palavras escritas, sejam elas alfabéticas, silábicas ou ideográficas. Estas são comprovadas pelo aumento do fluxo sanguíneo nessa região durante a leitura escrita, indicando um aumento do metabolismo funcional em atividade da leitura escrita durante a realização de exames complementares funcionais, como ressonância magnética perfusional e/ou *spect* cerebral. O mesmo não ocorre durante a palavra ouvida (DEHANE et al., 2002).

Na escrita, segundo Rocha (1999) e reafirmado por Jacobovicz e Cupello (1996), estão envolvidos o polo receptivo visual (cópia) no córtex visual primário, o polo receptivo auditivo (ditado) no giro temporal transversal superior e inferior do córtex auditivo primária e

secundária, e o polo expressivo tátil (escrita) no córtex parietal, no giro pré-central em associação com a área pré-motora do córtex frontal (concentração, atenção e juízo moral).

A convergência de integração neurosensorial do sistema visual e auditivo ocorrerá no giro angular, tendo como objetivo facilitar o controle da mão escritora, tanto no caso de ditados quanto de cópias.

Rocha (1999) afirma que o polo receptor auditivo (receptores de frequência situados na cóclea, órgão da audição) capta os estímulos sensoriais provocados pela frequência de sons dos fonemas e, por meio desses receptores, transfere informações ao sistema nervoso central. Inicialmente, a frequência de sons de cada fonema é enviada aos neurônios do tronco encefálico, que transmitem esses impulsos nervosos ao núcleo geniculado medial, no qual os fonemas são identificados no reconhecimento de radicais de palavras, prefixos nominais, configurações verbais, etc. Os impulsos nervosos são decodificados no núcleo geniculado medial e enviados aos neurônios talâmicos, que transferem o processamento dessas conexões sinápticas ao giro temporal transversal superior e inferior do hemisfério cerebral esquerdo (córtex auditivo).

O autor relata que o hemisfério cerebral esquerdo está especializado nas informações verbais, seriadas e temporais. Já no hemisfério cerebral direito concentram-se neurônios especializados nas análises visuais, espaciais e holísticas. As palavras visualizadas no campo visual esquerdo do indivíduo durante o ato de leitura são identificadas no hemisfério cerebral direito, responsável pela análise das relações espaciais das diferentes palavras. Essas relações espaciais das diferentes palavras são transferidas através do corpo caloso, inter-hemisféricamente, ao hemisfério cerebral esquerdo, onde é decodificado o significado verbal das palavras.

A emoção na linguagem é importante, pois não basta dar significado às palavras, e sim, dar-lhes sentido. Ou seja, aprender a ler e escrever envolve processos da linguagem não-verbal presentes no sistema límbico (centro das emoções). O aprendizado da leitura e da escrita acha-se direta e proporcionalmente relacionado à emoção e prazer de ler e escrever.

Lent (1994) afirma que o hemisfério cerebral direito está relacionado com questões afetivas da linguagem, sendo um padrão motor cruzado na pirâmide bulbar, hemisfério corporal esquerdo, principalmente face esquerda. Tal face apresenta maior expressão afetiva corporal do que a face direita, ou seja, um paciente que tenha sofrido lesões anátomo-funcionais na região hemisférica têmporo-parietal direita torna-se incapaz de identificar diferentes significados de uma mesma frase.

Segundo Merzenich (2014), especialista no processo cerebral neuromodulação e neuroplasticidade, relacionado à linguagem, o desenvolvimento da capacidade humana representa uma complexa interação entre recursos herdados e influência ambiental. Estabelecendo uma analogia com o piano, esse pesquisador diz que não adianta termos um piano de marca famosa se não tivermos um bom pianista, capaz de afiná-lo bem e produzir boa música.

Na concepção de Correia (2008), cognição é o processo de estar consciente, saber, pensar, aprender e julgar, o que envolve esferas corticais superiores como gnóscias (reconhecimento de objetos familiares), praxias (conhecimento automático de como fazer e executar determinada tarefa), linguagem (capacidade de comunicação) e memória. Entre essas, a função cognitiva mais intimamente relacionada às síndromes cognitivas é a memória, que efetua armazenamento e resgate de informações e é classificada em quatro tipos: episódica, semântica, de procedimento e operacional.

A memória episódica está relacionada a lembranças de experiências vividas em determinados contextos, como, por exemplo, o número do telefone de um amigo. Do ponto de vista neuroanatômico funcional, essa função corresponde ao lobo temporal mesial (hipocampo, córtex entorrinal) e prosencéfalo basal.

A memória semântica, relacionada a armazenamento de conhecimento factual e conceitual, inclui todo o conhecimento do mundo ao redor, como, por exemplo, a cor de uma flor. Envolve regiões - inferior e lateral - do lobo temporal.

A memória de procedimento - capacidade de adquirir habilidades comportamentais e cognitivas que serão usadas de forma automática e inconsciente, como, por exemplo, aprender a dirigir - envolve a área motora suplementar e gânglios da base.

A memória operacional, por sua vez, resultante da combinação das capacidades de atenção, concentração e memória recente, é a capacidade de manter ou manipular informações por mais tempo, como, por exemplo, estudar para uma prova. Requer a associação da memória episódica e envolve córtex pré-frontal e áreas subcorticais.

Ainda neste contexto, interessado em cognição infantil, mais especificamente em queixa escolar, decidi investigar e aprofundar conhecimentos sobre o modo de ocorrência dessa construção que envolve os sistemas de educação e saúde, bem como seus usuários. Para isso, levantei o seguinte questionamento: estando algumas crianças que apresentam queixa escolar em ambiente familiar e social pouco favoráveis, qual será a memória episódica, semântica, de procedimento e operacional que está sendo construída em seu cérebro?

Temos então a responsabilidade de desenvolver a instrumentalização de circuitos neurofisiológicos que produzam um aprender motivacional positivo, ou seja, criar uma “pedagogia da motivação” (GUERRA, 2015); já é de conhecimento da neurociências que a córtex pré-frontal, centro responsável pela concentração, percepção, apreensão e atenção do cérebro, só adquire maturidade a partir da segunda década de vida; o fato de um aluno de ensino fundamental e/ou médio estar quieto, olhando para a professora, não indicaria necessariamente que ele estaria prestando atenção à aula, ele poderia estar divagando o pensamento por outros interesses, como a vontade de que se inicie o recreio, uma vez que isto traz ao mesmo uma experiência motivacional cerebral positiva de interação, conexão e aprendizagem da vida. Sendo assim, o atual processo pedagógico apresenta-se obsoleto, prioriza a instrumentalização da aprendizagem e não desperta o interesse coletivo para o apreender do conhecimento.

Gardner (2015) reafirma em entrevista recente à sua definição de inteligência: “*é um potencial biopsicológico para processar informações de determinadas formas, com objetivo de resolver problemas ou criar produtos valorizados em um ou mais contextos culturais*”. As inteligências seriam múltiplas, se sobrepõem, mas não se menosprezam, embora sejam classificadas em linguística, lógico-matemática, interpessoal, musical, intrapessoal, corporal cenestésica, espacial, naturalista; e, com o evoluir dos anos, se acrescentaram a existencialista (que nos leva a explorar questões existenciais) e a pedagógica (transmitir conceitos e habilidades para outros com diferentes níveis de conhecimento). O fato de um indivíduo apresentar maior facilidade de desenvolver uma ou mais inteligências não o quantifica em mais ou menos inteligente; a inteligência - portanto - não é quantitativa, muito menos mensuradora, mas é proporcionalmente determinada e influenciada direta e indiretamente pelas condições bio-psico-socioespirituais do indivíduo no meio em que vive.

A educação do século XXI, além dos conhecimentos práticos e cognitivos da aprendizagem, tem que buscar interação e interconexão com as habilidades socioemocionais do indivíduo, estimulando a abertura a experiências novas que despertem novas vivências, curiosidade, imaginação e prazer em aprender, que favoreçam o autoconhecimento por meio das oficinas de vivência, que poderão desenvolver o autocontrole da impulsividade e sentimento de responsabilidade frente ao conhecimento do novo, despertar no aluno a importância da individualidade perante a coletividade, com reforço de sociabilização e autoconfiança; assim se fortalecerão a empatia e a capacidade de trabalhar em grupo de forma cooperativa e colaborativa e se promoverá a estabilidade emocional, como autocontrole e calma frente a situações adversas (ABED,2014).

A resposta talvez não seja simples, mas, em conformidade com a opinião de Merzenich, perguntamos: como ter um bom pianista se o piano é obsoleto ou está desafinado? A partir desse questionamento, constato a necessidade premente de criarmos propostas que, partindo de uma melhor comunicação intersetorial educação-saúde, favoreçam a adoção de medidas de promoção de rede sinápticas da aprendizagem. Utilizando como metáfora o processo neurofisiológico da aprendizagem, identifico que, no plano macro dos fatores sociais e políticos, é preciso estimular a comunicação intersetorial educação-saúde para que todo bom estímulo possa produzir boa resposta.

Quanto à dimensão interventiva deste trabalho, temos realizado, ainda em fase experimental, pequenas intervenções por meio de oficinas de vivência, nas quais exploramos possibilidades de desenvolvimento da escrita a partir de processos de modelagem, com registros com "letra de mão" de objetos da convivência diária, que despertam memórias emotivas de prazer. Por meio de exercícios realizados com massa de modelagem e com escrita à mão, procuramos estimular neurofisiologicamente os polos receptores visuais, táteis e auditivos para promover melhor retenção mnemônica do desenho, tendo por base a importância da memória emotiva positiva. Buscamos, assim, fortalecer o processo de retenção das memórias de tipo episódica, semântica e operacional da leitura, escrita e linguagem, com desenvolvimento de potenciais de ação emocionais cerebrais positivos em que se desencadeia um aprender com prazer, que serão mais bem explicados adiante, em 'oficinas de vivência'.

No campo da educação, observa-se atualmente uma tendência à teorização em detrimento da prática vivenciada, o que promove um substrato pouco motivacional em sala de aula e convida à manifestação de comportamentos evasivos, agressivos e de descompromisso e pouca aderência aos processos do saber.

Em concordância com a opinião de Vygotsky (2003), todo pensamento é construído com base em uma experiência motivacional afetiva do interlocutor (professor), complementada pelo ambiente no qual está inserido (estrutura escolar e familiar) o interlocutado (aluno); este construirá seu pensamento com base na motivação do interlocutor (professor) e ambiente no qual está inserido.

O atual sistema educacional em nosso país resulta de um conjunto de fatores desfavoráveis: estrutura escolar de superlotação, política educacional e salários defasados, sobrecarga trabalhista, estresse emocional e depressão do professor por falta de condições de exercer dignamente a profissão.

Assim, tendo o interlocutor (professor) uma experiência emocional, na maioria das vezes, negativa em relação ao sistema educacional vigente, o pensamento perpetuado no interlocutado (aluno) é o do fracasso escolar.

Chegou o momento de - fortalecidos pelos conhecimentos da neurociência da aprendizagem - revermos nossos conceitos pedagógicos a fim de promovermos a melhoria do desenvolvimento cerebral quanto à capacidade cognitiva, de linguagem, escrita, cálculos, mas principalmente socioafetiva e espiritual, a partir de um circuito neurofisiológico do saber não medicalizante e estruturado em memórias emocionais positivas e/ou negativas - quando o saber é o apreender do conhecimento das experiências vivenciadas em prol de uma educação que instrumentaliza nosso potencial de aprendizado para poder governar as condutas e dirigir a vida.

No capítulo 2 procurou-se evidenciar as concepções do campo da saúde presentes no âmbito da educação com vistas a atender as demandas da infância com dificuldades no processo de escolarização. Para tanto, apresentou-se: a) o histórico da saúde escolar no Brasil e internacionalmente, reafirmando o caráter higienista sustentado pelo tripé: polícia médica, sanitarismo e puericultura, predominante do final do século XVIII ao século XIX; b) a transição do sistema higienista para políticas públicas de saúde escolar perpetuadas em um caráter mensurativo e quantitativo que contribuem para o fortalecimento do biopoder, biopolítica e biologização da vida ocorrida no início do século XX; c) o movimento de crítica às concepções higienistas e medicalizantes que busca ampliar a compreensão do contexto de produção dos encaminhamentos escolares por meio do conceito de queixa escolar; d) as contribuições da neurofisiologia da aprendizagem de forma não medicalizante reforçada por autores que promovem o desenvolvimento da aprendizagem por meio do conhecimento intrínseco de experiências motivacionais positivas e/ou negativas que possam despertar a neurofisiologia do saber através das emoções.

CAPÍTULO 3 - Estruturas e funcionamento da rede de atenção à saúde no atendimento à demanda de queixa escolar no município de São Paulo

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil tem introduzido um conjunto de estratégias de mudanças de organização, financiamento e gestão da produção de serviços, em busca de autonomia política dos municípios como base de estrutura político-administrativa do Estado (TEIXEIRA, 1998).

As conferências de Alma-Ata em 1978, Ottawa, em 1986, e Bogotá, em 1992, confirmadas pela Carta de Fortaleza, em 1995, serviram de marco referencial para o conceito de saúde:

Saúde para todos como direito fundamental do ser humano, procurando criar estratégias que recuperem o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos. (...). É possível vislumbrar metas comuns **que valorizem a importância de ações intersetoriais e de promoção da saúde ao mesmo tempo em que seguir buscando formas autônomas e criativas para a ação integral à saúde.** (...) O exemplo brasileiro neste campo demonstra que é possível a construção de um novo paradigma em saúde em nível municipal a partir de um processo integrado, participativo e criativo que dependa fundamentalmente da decisão política das autoridades locais. (grifo do autor da tese).

O sistema de saúde brasileiro inclui, de um lado, o modelo médico assistencial privatista, com ênfase na assistência médico-hospitalar diagnóstica e terapêutica e, de outro lado, o sistema assistencial sanitarista, baseado em prevenção e promoção da saúde.

Em 1988, a Constituição Federativa do Brasil promulgou em seu artigo 198, a partir das diretrizes da VII Conferência Nacional de Saúde, que saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e o Sistema Único Saúde (SUS) foi regulamentado por meio da Lei 8.080 em 19 de setembro de 1990.

Segundo Espírito Santo (2013), o SUS considera uma tríade - universalidade (direito do cidadão, residente no Brasil, de atendimento de saúde gratuito integral independentemente de origem, gênero, raça ou cor, seja ele contribuinte previdenciário ou não), integralidade (atendimento integral à saúde desde as ações de prevenção e promoção até as ações diagnósticas e terapêuticas com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde) e equidade (igualdade de atendimento na saúde segundo a individualização e necessidade do indivíduo, sem privilégios ou preconceitos).

Embora tenhamos um modelo assistencial de saúde pública dos mais aprimorados do mundo, há uma tendência político-partidária, baseada em interesses mercantilistas e individualistas, de favorecimento do modelo médico-assistencial privatista, baseado na medicalização precoce em detrimento da promoção da saúde, o que diz respeito, particularmente, à demanda de atendimento da queixa escolar.

Torna-se comum em minha experiência profissional, nos setores privado e público, observar uma tendência das classes mais favorecidas a utilizarem o Sistema Único de Saúde para obtenção de medicamentos de alto custo - por meio de liminares judiciais -, principalmente as antineoplásicas, o que retroalimenta o biopoder farmacológico imperialista, ou seja, os mesmos que criticam o sistema primário de funcionamento se servem dos bens terciários desse sistema, entre os quais, as farmácias de alto custo.

Neste capítulo será descrita a Rede de Atenção à Saúde (RAS) sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), procurando-se elucidar os conceitos de Rede de Atenção à Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam diretamente no diálogo intersetorial saúde-educação no atendimento à demanda de queixa escolar.

3.1. Rede de Atenção à Saúde

A partir da década de 90 teve início no Brasil a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Abandonou-se o modelo burocrático, hierárquico e hegemônico do sistema público de saúde, fragmentado, para se dar início ao processo de privatização, descentralização, globalização e proliferação das Organizações Sociais de Saúde (OSS). O modelo de organização em pirâmides hierárquicas rígidas, fundamentadas nos princípios do taylorismo e do fordismo, foi esquecido para dar lugar a redes flexíveis e abertas ao compartilhamento, à busca de objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUVENEY, 2008).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (2010), conceitua-se como rede integrada de saúde:

Uma rede de organizações que presta ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que serve.

Tapscott (2011) relata que o processo de rede de atenção à saúde é produto da sociedade pós-industrial que, em prol do “equilíbrio da manutenção da sociedade”, prioriza o atendimento à coletividade (massa) sobre o atendimento à individualidade pessoal.

Na sociedade industrial, o fluxo sempre ocorrerá daquele que detém o conhecimento para aqueles que não o detêm, ou seja, o fluxo é sempre de um para muitos. Já na sociedade pós-industrial inicia-se o fluxo de conhecimento de um para um ou de muitos para muitos, e assim tem início um sistema de inteligência em rede e colaboração em massa. Segundo esse princípio, a rede pública passa a estabelecer parceria com agentes públicos e privados para administrar políticas e projetos, em que os recursos são escassos e os problemas, muito complexos (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000; MENDES, 2002b):

Os sistemas de atenção à saúde são definidos como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes.

A mesma Organização Mundial de Saúde adverte:

Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.

Mendes (2010) ressalta que predominava um sistema fragmentado de atenção à saúde - o qual se caracterizava por organização hierárquica, inexistência de continuidade da atenção primária à saúde - focado no atendimento agudo em unidades com pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, centrado na doença, em que se mantinha o usuário na situação passiva e cômoda de doente, sem reação para as demandas de atendimento e para a cura, em busca de ações medicalizantes e de reabilitação; era um sistema fragmentado e sem estratificação, centrado na figura do cuidador, principalmente o médico, e dependente dos recursos econômicos de manutenção por procedimentos, fortalecendo-se as ações biomédicas e biomedicalizantes.

O autor relata que esse sistema constituía um desastre administrativo e econômico no gerenciamento da saúde no mundo. Tem-se como exemplo o gasto per capita anual com a doença crônica diabetes mellitus entre países de situação socioeconômica diferente, como

Brasil e Estados Unidos da América: enquanto o primeiro tem um gasto per capita anual de U\$ 427,00, o segundo o tem de U\$ 6.719,00. Embora o gasto seja maior no segundo país, os resultados de prevenção da evolução do diabetes e promoção da saúde do paciente diabético são de melhores índices no Brasil. Sendo assim, o manejo das doenças crônicas não se concentra no volume de recursos despendidos para prevenção, promoção da saúde ou tratamento destas, mas sim na organização dos sistemas de saúde.

Mendes (2011) relata que as Redes de Atenção de Saúde têm um padrão de organização poliárquico - com coordenação efetuada pela Atenção Primária à Saúde (APS), a qual apresentou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB SUS 01/96 - formado por comunicação operada mediante sistemas logísticos inteligentes com foco nas condições agudas e crônicas e que visa a melhorias na saúde da população; também, apresenta resultados clínicos e econômicos medidos, nos quais o sujeito é proativo e corresponsável pelo processo e em que se realizam ações de promoção, prevenção, cuidadora e reabilitadora ou paliativa segundo um padrão que atua sobre determinantes sociais da saúde, intermediários e proximais, e sobre as condições de saúde estabelecidas que se comunicam em redes de atenção à saúde, tendo como eixo de coordenação a APS (Atenção Primária à Saúde).

As Redes de Atenção de Saúde (RAS), segundo o portal da saúde (SUS, 2015)

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde é composta por: centro de comunicação a atenção primária à saúde; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros corresponderiam aos nós das redes, o quarto representaria os eixos da rede que intercomunicam os nós; o quinto componente representa a governança das relações entre os quatro primeiros.

O primeiro é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, que assume a função de nó de interconexão e interlocução, pelo qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. É constituído pela Atenção Primária à Saúde (APS), composta, entre outros, pela unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família; é centrado nas ações da ESF (Estratégia de Saúde da Família), voltadas para as necessidades de saúde da população local, baixo custo com ênfase na promoção da saúde e

prevenção das doenças. Tem como eixo a Política Nacional de Atenção Básica, promulgada pela portaria MS/GM N°2.488, de 21 de outubro de 2011, em que o nível de atenção básica à saúde:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como base os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade, reforçados pela resolubilidade, humanização do atendimento e estímulo da participação comunitária da atenção básica. Caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação das ações dentro do próprio sistema, centrado na família, com ações transdisciplinares e coparticipação da comunidade. É um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, territorialmente definido, permitindo-se um desenvolvimento de um perfil epidemiológico e demográfico da sua área de atuação e promovendo-se nas Equipes de Saúde da Família uma avaliação mais complexa do processo saúde-doença que vai além das práticas curativas. Poder-se-á mapear e intervir nos prováveis danos em busca de prevenção dos fatores de risco e promoção de saúde integral e qualidade à comunidade.

Para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possa realizar as ações básicas de atenção primária à saúde, é de fundamental importância, de forma multidisciplinar e de coparticipação, a RAS das equipes de saúde de família são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada) e podem ser completadas por saúde bucal (dentistas, auxiliar e técnico em saúde bucal); segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), devem se responsabilizar pelo acompanhamento de três a até, no máximo, quatro mil moradores, de preferência residentes no território de referência no qual a ESF atua, permitindo-se maior corresponsabilidade no cuidado à saúde da comunidade.

Compõem o segundo componente da RAS, elementos de apoio secundário (especialistas) e terciário (rede hospitalar), mais densos tecnologicamente, capazes de proporcionar melhor visão diagnóstica e terapêutica e maior ação medicalizante sobre a sociedade. Não representam nível hierárquico superior, uma vez que a rede é horizontal e não

hierárquica. O melhor exemplo disto são as fichas de referência e contra referência entre especialistas e unidade básica de origem, ou seja, todo fluxo de demanda gera um contrafluxo de resposta conjunta a esta demanda, que tem como eixo coordenador a Atenção Primária à Saúde (APS).

O terceiro componente são os sistemas de apoio, lugares-comuns à rede de prestação de serviços ao usuário, que atuam na operacionalização da demanda da rede ofertada pelos componentes primário e secundário desta, constituídos por apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico é formado por todos os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica.

O sistema de assistência farmacêutica é um dos geradores das ações medicalizantes, promovidas pela medicamentação excessiva evidenciada principalmente nos níveis secundário (especialistas) e terciário (hospitais) de profissionais da saúde (médicos e prescritores). Em minha opinião, deveria haver maior vigilância neste setor, principalmente quantos aos psicofármacos. Não deveriam ser liberados os talões de receituário azul para prescrição de psicofármacos, mas, sim, de forma individual pela farmacêutica de plantão, segundo a necessidade de cada paciente, promovendo-se assim redução de custos e da medicamentação, desnecessária em muitos casos.

A assistência farmacêutica é composta por uma organização complexa, multifatorial, associada com a logística, seleção, armazenamento e distribuição de medicamentos, para orientar a população quanto a administração e possíveis efeitos colaterais do fármaco, assim como promover ações assistenciais da farmácia clínica, como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

O quarto componente da rede é o sistema de logística, formado por um setor de tecnologia de informação no qual circulam o fluxo e o contra fluxo de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde. Fazem parte deste componente o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

O quinto componente da rede são os sistemas de governança, que permitem a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde com o objetivo de criar uma missão e visão nas organizações. Definem objetos e metas em curto, médio e longo prazos, articulam as políticas intersetoriais para que os objetivos e metas sejam cumpridos, atuam no

planejamento, monitoramento e avaliação do desempenho dos gerentes e da organização. São comissões intergestoras no plano federal tripartite, estadual bipartides e municipal bipartides regionais (MENDES, 2010).

O que caracteriza uma RAS é sua habilidade para prover as necessidades de uma população específica sob sua responsabilidade, em que se avaliam os riscos e benefícios da instauração dentro de uma logística e instrumentalização voltada para o bem-estar do indivíduo frente ao coletivo, levando-se em conta seu contexto cultural e preferências (MENDES, 2010).

Esta tem como processo de trabalho (Brasil, 2013):

- **Acolhimento:** atendimento à demanda da RAS, visando a uma empatia da individualidade sem perder o olhar na coletividade, com prioridade para a humanização do atendimento básico de saúde;
- **Atenção centrada na pessoa e família:** um olhar individual e familiar em detrimento do olhar centrado na doença, coparticipação dos agentes de saúde juntamente com indivíduo e família no processo saúde-doença, de uma forma integral;
- **Cuidado continuado/atenção programada:** oferecimento de condições de cuidado continuado/atenção programada aos usuários, como consultas, exames e procedimentos segundo estratificação de riscos e suas necessidades individuais - ex.: puericultura, pré-natal;
- **Equipe multiprofissional:** reunião periódica de profissionais de diversas especialidades afins, sem nível hierárquico e de forma horizontal, para discussão dos problemas que envolvem a saúde individual e coletiva da comunidade em que atuam a fim de propor ações conjuntas de intervenção mediante reuniões de equipe, discussão de casos e atendimentos compartilhados;
- **Clínica ampliada:** construção de propostas de ações a partir do compartilhamento, de equipe multiprofissional de comunicação transversal, poliárquica, dos possíveis diagnósticos e terapêuticas do sujeito enquanto indivíduo, mas sem perder o foco do coletivo comunitário, de acordo com a realidade da área territorial de atuação;
- **Projeto terapêutico singular (PTS):** conjunto de propostas de condutas terapêuticas construídas a partir da coprodução e cogestão do processo terapêutico pela discussão coletiva da equipe multiprofissional com usuário e rede social vivenciada;
- **Projeto de saúde no território (PST):** ações efetivas para produção de saúde de um território que articulem o diálogo intra e intersetorial a fim de promover políticas

públicas que melhorem a qualidade de vida e busquem desenvolver a autonomia de sujeitos e comunidades (Brasil, 2009);

- **Regulação da rede de atenção:** capacidade da Atenção Básica de Saúde de coordenar o diálogo entre as especialidades e postos de atenção à saúde, com destaque para o matriciamento, compartilhando com a ABS a situação de saúde do usuário, desenvolvimento dos planos de cuidado e possíveis altas;
- **Apoio matricial:** espaço de construção ativa para melhorar a comunicação intra e intersetorial e personalizar referência e contra referência, quando se estimulam a comunicação e a coparticipação, de forma horizontal e não hierárquica, entre a referência encarregada do caso e especialista de apoio;
- **Acompanhamento não presencial:** instrumentos para educação permanente em saúde e estimulação ao autocuidado e PTS (projeto terapêutico singular), oferecidos por meio de call center e e-mail;
- **Atendimento coletivo:** estreitamento da relação dos usuários entre si e com a equipe multiprofissional, de modo a se tornarem sujeitos ativos, corresponsáveis pela saúde própria e do coletivo, aprimorando-se sua autonomia e educação em saúde;
- **Autocuidado:** desenvolvimento do papel central do usuário do sistema na sua saúde, com autor responsabilidade sanitária, tendo como coparceiro o profissional de saúde da UBS (unidade básica de saúde);
- **Linhas de cuidado e diretrizes clínicas:** no caso da primeira, fluxos assistenciais que garantem ao usuário do sistema o atendimento de suas necessidades de saúde, envolvem níveis de rede (primário, secundário e terciário), sistemas de apoio, estratificação de riscos e definição de ações frente aos riscos e são responsáveis pelo fluxograma do usuário na rede; no caso das diretrizes clínicas, objetivo de orientar cuidado no processo saúde-doença com foco em integralidade, saúde coletiva, gestão em saúde e produção de autonomia, viabilizando a programação das ações em saúde pelo diálogo intra e intersetorial entre as equipes e comunidade atuante;
- **Estratificação do risco:** classificação dos usuários dos serviços de acordo com os agravos de enfermidades, para avaliar, organizar e garantir atendimento conforme sua necessidade; é um instrumento útil, mas insuficiente para avaliar vulnerabilidade do indivíduo frente ao agravo, quando necessita ser complementado pelo acolhimento pessoal;
- **Educação permanente:** manutenção dos profissionais da rede atualizados, com base em aprendizagem significativa fundamentada em experiências vivenciadas no grupo profissional que possam melhorar a produção do cuidado.

3.1.1. Rede de Atenção à Saúde Mental

No assunto referente a demanda de queixa escolar, os alunos seriam atendidos na Rede de Atenção à Saúde Mental, na esfera da criança e adolescente, centrada no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) da infância e adolescência. As RAS são consolidadas pelo modelo do SUS de equidade, integralidade e universalidade, e são reguladas e organizadas pelo SUS as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, de forma regionalizada e hierarquizada, segundo nível de complexidade, respeitando-se o nível hierárquico federal, mas com descentralização político-administrativa, direção única em todas as esferas do governo e controle social dos conselhos municipais, estaduais e federais.

A Rede de Atenção à Saúde Mental fortaleceu-se a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional foi realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. A partir daí foi levantada a necessidade de uma desinstitucionalização psiquiátrica por meio dos CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais e a habilitação do município no programa “De Volta para Casa”. Esta se caracteriza por ser pública, de gestão municipal, de base comunitária, em busca da coparticipação da sociedade e familiares para a emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Figura 3- Rede de Atenção à Saúde Mental

No que se refere a demanda de queixa escolar, a interação intersetorial saúde-educação no município de São Paulo é regimentada pelos seguintes componentes: Atendimento Primário a Saúde (APS) por meio de atendimento pediátrico e clínico da Unidade Básica de Saúde (UBS), e clínico da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estes recebem, na grande maioria, relatórios institucionais pedagógicos das crianças com suspeita diagnóstica de dificuldade de aprendizagem e/ou comportamento, dislexia e/ou TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que será melhor conceituado adiante. Pelo conceito a Política Nacional de Humanização (PNH) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) é uma equipe de referência que

procura, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, compartilhar responsabilidades de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, para proporcionar um tratamento digno, respeitoso, de qualidade, acolhimento e vínculo, tendo como apoio matricial o CAPS Infantil da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma transversal, não hierárquica, transdisciplinar, de gestão concomitante em que não prevalece um único saber, mas sim a busca de soluções que favoreçam a construção de vínculos e responsabilização da equipe e viabilizem a melhoria integral do indivíduo e sua comunidade.

Na cidade de São Paulo essa demanda tem como rede matricial o CAPS Infantil, integrado por unidades destinadas ao acompanhamento de crianças com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS (adulto e infantil) seguem a Política Nacional de Saúde Mental e oferecem atenção multidisciplinar, que inclui tratamento psiquiátrico, psicológico, fonoaudiológico, terapia ocupacional e atividades comunitárias, com vistas a reintegrar o paciente ao convívio familiar e social. O município conta com 62 CAPS sendo 5 CAPS Infantil, que trabalham exclusivamente com crianças e adolescentes.

Os CAPS foram instituídos mediante a Portaria/SNAS N° 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde. A forma de atuação para responder à demanda de crianças e adolescentes foi instituída por meio da Portaria/SNAS N° 336, de 19 fevereiro de 2002 (Anexo 5). Essas organizações foram criadas para atender, de modo não institucional, indivíduos com transtornos mentais moderados a graves que, anteriormente atendidos em hospitais psiquiátricos, passaram a ser atendidos nesses centros de referência por equipes multidisciplinares, em ação concomitante com assistência domiciliar, formas medicamentosas e terapias de grupo.

Os CAPS oferecem três tipos de atendimento - intensivo, semi-intensivo e não intensivo - variáveis de acordo com a gravidade do quadro clínico do paciente.

O atendimento intensivo é oferecido a indivíduos que apresentam dificuldade de convivência familiar e/ou social e demandam atendimento contínuo. O semi-intensivo, a indivíduos que já se encontram sob ação medicamentosa psicotrópica, são considerados sociáveis, acham-se parcialmente liberados para o convívio social, são atendidos em até 12 dias no mês e recebem visitas supervisionadas pela equipe. O não intensivo é oferecido a indivíduos que têm completa autonomia de convivência social e familiar, são atendidos em até três dias no mês e permanecem sob controle e ação medicamentosa.

As demandas de queixa escolar, na grande maioria, são encaminhadas por meio de referência do Atendimento Primário à Saúde ao NASF da RAPS (Rede de Atenção

Psicosocial), com apoio matricial do CAPS II Infantil, pela Equipe de Saúde da Família. Ocorre também a busca por parte dos próprios familiares da criança, responsáveis adultos (mãe, pai, avós ou agregados).

Uma vez integrada ao programa, a criança é atendida pelo médico psiquiatra, que realiza terapêutica medicamentosa ou não, e é inserida em grupos terapêuticos, grupos de alfabetização e/ou oficinas de expressão, culturais, esportivas e geradoras de renda. Essas oficinas são conduzidas por equipes multidisciplinares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o fluxograma analisador empírico de Caçapava et al (2009), o fluxograma do paciente Bernardo, com distúrbio psiquiátrico e/ou dificuldade de aprendizagem no CAPS da infância e adolescência no município de São Paulo evidencia-se da seguinte forma:

Figura 1 - Fluxograma analisador

Figura 4- Fluxograma analisador do CAPS infantil segundo Caçapava et al (2009)

Preocupa saber que o atendimento à demanda de queixa escolar possa ser realizado em unidades CAPS Infantil, dada a natureza da ação ali desenvolvida: tratamento de transtornos mentais que pré-diagnosticam crianças em idade escolar. Desvios da normalidade na aprendizagem da leitura e da escrita, na capacidade de concentração e atenção, nos comportamentos inaceitáveis em espaço escolar assumem mais uma vez o status de DSM-V, o que transforma desvios da normalidade em transtornos e potencializa ainda mais o poder da medicalização.

Os CAPS, quando necessitam descartar possíveis causas orgânicas neurológicas da dificuldade de aprendizagem, encaminham crianças com queixa escolar ao nível secundário, a neurologistas dos Centros de Especialidades Médicas (AMA-E), que compõem uma fragmentação da Rede de Atenção à Saúde, pois na maioria das vezes os médicos especialistas

não encaminham contra referência a médicos clínicos e pediatras do Atendimento Primário à Saúde (APS), nem à equipe de referência NASF e/ou apoio matricial CAPS Infantil. Sem vínculo prévio com a criança com queixa escolar ou familiar, o profissional atribui à demanda o status de DSM-V, e todo diagnóstico encaminhado perpetua-se em uma terapêutica medicamentosa e/ou um acompanhamento psicopedagógico.

O Atendimento Primário de Saúde é responsável por 85% da resolutividade dos problemas de saúde do SUS, embora ofereça parcialmente atendimento tecnológico de procedimentos terapêuticos e diagnósticos de média e alta complexidade. Em contrapartida, oferecem integralmente atendimento de qualidade, relativas às mudanças de comportamento e de estilos de vida quanto aos hábitos priorizando a promoção da saúde. Porém os gestores de saúde pública, em sua grande maioria de OSS, vêm privilegiando os níveis de saúde secundária e terciária, que geram maior renda aos municípios de médio e grande porte. Essa priorização reduz o montante de investimentos em medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, inclusive a saúde escolar.

À primeira vista pode parecer estranho um médico neurologista, integrante do nível secundário do SUS, criticar o sistema no qual atua. Mas, a partir da experiência acumulada ao longo de 20 anos de Sistema Único de Saúde, percebo que, embora a proposta da RAS seja muito promissora em médio e longo prazo, até o momento, principalmente em nível secundário e terciário, pouca coisa mudou: o sistema insiste em suas falhas na medida em que contribui para potencializar a medicalização, sem ampliar seu compromisso com o coletivo. Ainda, indiretamente, prevalece a visão hierárquica vertical e piramidal, que supervaloriza a densidade tecnológica e farmacológica em detrimento das exigências da complexidade humana e social.

3.2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela portaria MS/GM N° 154 em 24 de janeiro de 2008 e atualizado em suas ações frente à PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) a partir da portaria N° 2.448 pelo Ministério da Saúde, em 21 de outubro de 2011. Tem por objetivo contribuir de forma integral, por meio de equipe multidisciplinar, para a integralidade do atendimento dos usuários do SUS, de forma analítica, crítica construtiva e de somatório coletivo. Não constitui unidades físicas independentes ou especiais, está atrelado à rede de atenção básica à saúde e atende de forma compartilhada e integrada as demandas

propostas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços associados (CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) e outras redes como

SUAS, redes sociais e comunitárias, auxiliando na melhoria da análise e intervenção na benfeitoria das condições clínicas e sanitárias da comunidade atuante.

Atua na coordenação compartilhada, juntamente com as equipes de saúde da família e atenção básica em populações específicas, por encaminhamentos de referência e contra referência; busca o compartilhamento dos casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidades das equipes de atenção à saúde, ao reforçar os princípios e assumir a coordenação de alguns projetos da rede de atenção à saúde, podendo estar ou não associado a um órgão matricial (Brasil, 2011). Sua equipe é multidisciplinar e pode ser composta por: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte-educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (Brasil, 2011).

O NASF realiza atendimento compartilhado ou não, resposta de interconsulta, elaboração conjunta de projetos terapêuticos, ações intersetoriais, intervenções territoriais e de saúde coletiva, educação permanente, ações de prevenção e promoção à saúde, discussão dos projetos em equipe.¹

Uma de suas principais diretrizes é a integralidade, composta por: abordagem integral do indivíduo, levando-se em consideração suas condições socioeconômicas, culturais e religiosas em busca de um cuidado longitudinal e integral do ser; práticas de saúde que objetivem a promoção, prevenção, reabilitação e cura e acessibilidade da população às RAS conforme suas necessidades. Utiliza instrumentos tecnológicos previamente testados na RAS, como: Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio (Brasil, 2009, SOLEMAN, 2012).

Após pesquisar imagens de Diagramas da Rede Atenção à Saúde no Google imagens (2015), o autor da tese, visando explicitar melhor a estrutura de Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo propõe o diagrama abaixo, tendo como referencial teórico o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (BRASIL, 2015):

¹ Copyright © 2014 Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br.

Figura 5- Diagrama da Rede de Atenção à Saúde no Município de São Paulo

O capítulo 3 teve como objetivo apresentar a estrutura e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no município de São Paulo para o atendimento à demanda de queixa escolar, com fluxo nos seguintes setores: UBS (Unidade Básica de Saúde), ESF (Estratégia Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e CAPS infantil. Evidenciou alguns instrumentos procedimentais do processo de trabalho como PTS (Projeto Terapêutico Singular), PST (Projeto de Saúde no Território), apoio matricial, atendimento coletivo, autocuidado, estratificação de risco e educação permanente que são de importância prioritária na proposta de intervenção desta tese.

CAPÍTULO 4 - A pesquisa

4.1. Fundamentos teóricos do método

Utilizo como fundamento teórico deste estudo os pesquisadores Denzin e Lincoln (2006). Esse é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e/ou contradisciplinar que circula nas ciências humanas, sociais e físicas e, ao mesmo tempo, influencia e é influenciada por múltiplas posturas éticas e políticas.

Para esta pesquisa interventiva elejo como método o estudo de caso, tal como proposto por Yin (2005) e Stake (2000). Sua questão norteadora adotada é a seguinte: como otimizar a interação intersetorial educação-saúde já existente no atendimento público municipal para melhor responder à demanda de queixas escolares, de forma não medicalizante?

Devido ao tipo de questão de pesquisa proposta, à extensão de controle do pesquisador sobre eventos atuais e ao enfoque em ocorrências contemporâneas, escolhi como método o estudo de caso descritivo e exploratório, que busca focalizar acontecimentos contemporâneos e preservar suas características holísticas e historicidade. Tal método dispensa o controle de eventos comportamentais, busca compreender fenômenos sociais complexos envolvidos no processo da pesquisa, além de estimular debates sobre o tema estudado.

Essa modalidade de estudo de caso possibilita quatro aplicações: busca explicar vínculos causais em complexas intervenções da vida real; descreve uma intervenção e o contexto no qual ocorre; explora situações em que a intervenção avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados; e ilustra alguns tópicos da avaliação.

Todo estudo de caso exploratório deve ser precedido por afirmações sobre o que será explorado, sobre o propósito da exploração e sobre os critérios adotados para avaliar se esta foi bem-sucedida.

À pergunta “o que estou estudando? ”, respondo: o diálogo intersetorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar. Neste contexto abrangente, particularizo ocorrências em uma escola municipal do ensino fundamental do município de São Paulo a partir do Programa Saúde na Escola (2014), por meio de uma proposta intervenção Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE), um Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre Unidade Básica de Saúde e Escola de Ensino Fundamental da região norte do Município de São Paulo, em modelo de experimental a ser aplicado no módulo II de Saúde Mental do PSE (2014).

À pergunta “Por que me proponho a realizar esse estudo? ”, respondo: pretendo descrever a estrutura e a dinâmica de interações intersetoriais de educação-saúde que compõem o universo de pesquisa e explorar possíveis formas de intensificar o diálogo a fim de levantar questionamentos e estimular o debate sobre a necessidade de políticas públicas que contribuam para um melhor atendimento à demanda de queixa escolar, de forma não medicalizante.

À pergunta “O que espero aprender com esse estudo? ”, respondo: busco entender melhor o tema aqui proposto para contribuir com subsídios a diálogos que visam a proporcionar o olhar reflexivo sobre políticas públicas futuras que possam contribuir na melhoria do atendimento à demanda de queixa escolar.

Mais do que observador participante, sou participante que observa ocorrências no trânsito diário de crianças que circulam acompanhadas de seus responsáveis pelos espaços, muitas vezes exíguos, do atendimento municipal em educação e saúde.

Minha condição de neurologista, de participante e coordenador de uma proposta de intervenção diretamente atrelada à pesquisa aqui descrita, me dá acesso a uma situação, ou fenômeno, até então inacessível à investigação científica, segundo os critérios de estudo de caso único revelador estabelecidos por Yin (2005).

Encontro em Rocha e Aguiar (2007) complementos para minha busca de referencial teórico-metodológico adequado a esta pesquisa interventiva: uma investigação é considerada participativa quando interfere na produção de micropolíticas de transformação social. Esta proposta, que busca obter uma visão micropolítica intra e interinstitucional das unidades participantes, fundamenta-se numa perspectiva macropolítica de leitura do diálogo intersetorial educação-saúde.

O objeto (sujeito?) de conhecimento - diálogo intersetorial educação-saúde -, produto de prolongadas práticas sócio históricas, é aqui observado tal como se dá a conhecer na dinâmica de relações estabelecida entre uma UBS e uma Escola Municipal de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo, bem como no interior de cada uma dessas organizações, o que inclui, necessariamente, os usuários do sistema. Assim, os processos de intervenção e de produção de conhecimento são simultâneos, e se supõe a análise das forças presentes e das ações empreendidas.

Essas autoras alertam para o fato de que a análise de um meio social, realizada somente com base em classes de corte, pode gerar viés social. Isso porque a edificação dos modos de funcionamento social surge a partir da construção do cotidiano, ou seja, de uma realidade diária móvel, sem princípio, meio e fim, mas com múltiplas entradas para

interrogação das práticas. Assim, em um método participativo, pesquisadores e pesquisados são coautores do diagnóstico da situação-problema e juntos abrem caminhos de enfrentamento e de busca de solução.

Aguiar e Rocha (2003) e (2007) conceituam a pesquisa-intervenção como um método potencializador na organização dos espaços coletivos, em que o pesquisador é um intelectual orgânico voltado às causas populares. O avanço na produção de efeitos sociais depende de ações politizadas, por meio das quais ensinamos-aprendemos conteúdos para qualificar as pessoas da comunidade e os serviços a elas prestados, a partir de recursos de mudança que visem a conscientização e conquista da autonomia política e social da população excluída, tornando-se coparticipativa e proativa no processo de transformação.

Quando a pesquisa utiliza um referencial crítico centrado na consciência do coletivo, pode ocorrer uma cisão entre o sujeito da experiência (da luta) e o sujeito do conhecimento. Este tenta superar obstáculos, habitantes da ignorância ideológica, em busca de uma transformação social que assegure a palavra em nível de trabalho coletivo, mas não interfere objetivamente na coletividade.

Os fundamentos teóricos aqui reunidos servem de sustentação a esta pesquisa interventiva, pois o verdadeiro saber e poder só se tornam cientificamente validáveis quando se despem da visão estritamente teórica da academia e são postos a serviço da busca de caminhos que viabilizem a construção do ser, seja ele individual ou coletivo, sem perder de vista que a procura do "ser social" é realizada em contextos externos e internos de ocorrência de cenas cotidianas produzidas a partir da subjetividade social, cultural e histórica desses ambientes, sendo produtos da sua causalidade (VEYNE, 1998).

Segundo Guattari e Rolnik (2005), a subjetivação, quando fundamentada em uma economia capitalista, será força motriz para a segregação, a culpabilização e a infantilização. A manutenção de uma ordem social exige a instauração, inconscientemente, de hierarquias, de sistemas de escalas e de disciplina, fatores que favorecem a sobrevivência e perpetuação das espécies graças a um controle social, em que o detentor do saber e poder elabora a ação a ser executada por integrantes das classes menos favorecidas, num clima de falsa harmonização no trabalho.

Uma vez estabelecido um controle social com base na culpabilização do coletivo menos favorecido e de sua infantilização, os indivíduos que o integram, por não saber fazer, delegam a responsabilidade civil e coletiva a outros que nem sempre atenderão aos interesses do coletivo universal, mas somente aos interesses do coletivo individual.

Fundamentado nesses conceitos, entendo que uma pesquisa-intervenção deva ser construída com uso de referenciais sócio-políticos próprios do movimento entre o que entendemos ser real e a realidade. Realidade construída a partir da historicidade e da genealogia do real, ou seja, realidade em que o pensar se constrói por meio da relação dicotomizada entre realidade externa do mundo em que se habita e o homem que a representa (MENESES,1993).

As relações entre pensamento e realidade são produzidas no interior da dialética eu-mundo. Uma pesquisa interventiva busca interrogar, diante dos processos de constituição, como são produzidos seus objetos-efeitos. Deve, pois, trazer para o campo de análise as histórias, seu caráter transitório e parcial e o modo como se dão os recortes dessa complexa trama.

Ao caráter descritivo desta investigação associa-se um caráter exploratório, dada a impossibilidade de promover repetições dos eventos. Por meio de uma proposta de intervenção - ainda em fase de construção - que visa à não medicalização de queixas escolares no Programa Saúde na Escola (2014) e por se tratar de um fenômeno ainda pouco estudado, penso que será útil poder contribuir para a identificação de categorias de observação e para a geração de hipóteses e críticas futuras, que abrirão campo a novas investigações e novas ações.

Segundo a ótica de Stake (2000), o presente estudo de caso deve ser considerado de tipo instrumental. Sob essa perspectiva, a proposta de objeto de pesquisa aqui realizada busca, com base em um estudo da micropolítica regional (UBS-Escola-Usuários dos sistemas), o entendimento da macropolítica (diálogo intersetorial educação-saúde no município de São Paulo) que propiciará a discussão de um tema mais amplo: atendimento à demanda de queixa escolar, de forma não-medicalizante - essa busca poderá gerar subsídios para buscas ulteriores, para a produção de novas teses e para contestar a generalização amplamente aceita, ao apresentar um problema-pesquisa que destoa daquilo que vem sendo naturalizado como condição ideal. E tem por foco um fenômeno original, delimitado pela estrutura setorial educação-saúde, cujas partes, organizações institucionais, estabelecem relações de vizinhança e buscam atingir objetivos semelhantes, embora nem sempre condiga dialogarem entre si.

Segundo a ótica de Yin, este estudo de caso único tem caráter revelador, descritivo e exploratório, pois focaliza fenômenos sociais complexos, preserva as características holísticas do evento e aprofunda a compreensão de um fenômeno pouco investigado, contribuindo para gerar categorias de observação e/ou hipóteses para estudos posteriores.

4.2. Universo de pesquisa - Instituições de saúde e educação

As instituições que constituem o universo de pesquisa pertencem especificamente à Diretoria Regional de Educação Jaçanã/Tremembé e à Coordenadoria Regional de Saúde Norte:

1. Escola Municipal de Ensino Fundamental do município de São Paulo. Diretoria Regional de Educação Jaçanã/Tremembé.
2. Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo (Vila Maria/Vila Guilherme).

4.3. Coleta de dados

4.3.1. Descrição da estrutura e dinâmica de interações intersetoriais de Saúde (SUS) e Educação

Busca-se descrever como ocorre a estrutura e dinâmica do diálogo intersetorial Saúde e Educação na região norte do município de São Paulo, utilizando para isto os procedimentos seguintes:

Levantamento de informações sobre grupos organizados da sociedade pública do complexo Educação-Saúde, a partir de mapas geográficos do Estado, Município, Região Norte e Bairro Vila Maria de São Paulo, para localizar e identificar a área de atuação da proposta intervenção desta tese.

As organizações que integram este estudo interventivo acham-se localizadas na capital do estado de São Paulo, mais precisamente, na Zona Norte, Região Norte do município.

Mapa 1- Capital do estado de São Paulo

Mapa 2- Município de São Paulo

Mapa 3- Região norte do município de São Paulo

Mapa 4- Área de atuação da OSS na região Vila Maria Vila Guilherme

4.3.2. Caracterização das organizações de saúde e educação

Classificação das organizações estudadas de acordo com as seguintes categorias: (1) OSS - Organizações Sociais de Saúde (UBS) Vila Maria-Vila Guilherme; busca caracterizar as “microrregiões” gerenciadas por esta OSS sob a coordenação da Coordenadoria Regional de Saúde Norte, quanto ao número de supervisões técnicas, área de ocupação, número estimado de habitantes, densidade demográfica da área estudada por habitantes ao quadrado, quantidade e classificação das unidades administradas na região estudada com ênfase para as relacionadas ao atendimento da demanda de queixa escolar (UBS, NASF e CAPS infantil). (2) OSE – Organização Social de Educação (Escola Municipal de Ensino Fundamental de São Paulo, Diretoria Regional de Educação Jaçanã/Tremembé), identificação, localização, regime de funcionamento, recursos físicos e pedagógicos oferecidos.

4.3.2.1 A OSS Vila Maria/Vila Guilherme²

A Coordenadoria Regional da região norte do município de São Paulo é formada por cinco Supervisões Técnicas de Saúde, entre as quais, a Vila Maria/Vila Guilherme, que ocupa uma área de 26,4 quilômetros quadrados, correspondendo a 1,75% da área total do município, com população estimada (2007) em 284.337 habitantes, que constitui 2,62% da população municipal. Sua densidade demográfica, de 10.770 habitantes por quilômetro quadrado, é superior à média municipal, de 7.077 habitantes por quilômetro quadrado.

As OSS gerenciam as unidades de Saúde da área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde em que estão inseridas. Na região de Vila Maria/Vila Guilherme, compreendem os distritos administrativos dos bairros Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros, nomeadas como “microrregiões” pertencentes à Coordenadoria Regional Norte de Saúde.

A microrregião presta assistência integral/integrada de atenção básica e assistência médica de média complexidade, com referência e contra referência, a 300 mil moradores da região. Essa assistência é complementada por atendimento terciário prestado pelo Hospital Municipal Vereador José Storopoli, da Vila Maria.

² Caracterização transcrita na íntegra do site dessa OSS (autoria de Copyright ©2011 PAIS / SPDM. Todos os direitos reservados).

A OSS responsável por essa área administra 12 UBSs (Unidades Básicas de Saúde), três AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) e uma AMA-E (Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades). Duas dessas UBSs possuem o Programa Estratégia Saúde da Família (PSF), uma delas possui Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), e outra unidade possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Fundamentam-se todas nos conceitos do SUS e na Lei Federal 10.216/2001.

Desse conjunto, participam desta pesquisa-intervenção as seguintes organizações de saúde:

➤ **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis por ações que previnam e promovam a saúde da população de sua área de atuação, por meio de consultas médicas (clínica médica, pediatria e ginecologia), de enfermagem, do serviço social, consultas e procedimentos odontológicos, procedimentos médicos e de enfermagem, tais como imunizações, inalações, curativos, suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis, exames ambulatoriais – raios-X, ECG, ultrassom e patologia clínica.

As AMA-Especialidades surgiram para prestar atendimento secundário, como complementação à assistência em nível primário. Têm por objetivo o atendimento aos pacientes, por meio de cartas-referências, encaminhados pelas demais unidades de saúde da região em que atuam e que precisam de atendimentos e tratamentos especializados, atualmente em sete áreas: angiologia, cardiologia, endocrinologia, neurologia, ortopedia, reumatologia e urologia.

Aos médicos especialistas cabe atender a essa demanda, de forma diagnóstica e terapêutica, na grande maioria medicalizante e intervencionista, contando com serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - EEG (eletroencefalograma), ECG (eletrocardiograma), holter, teste ergométrico, monitoramento da pressão arterial (MAPA), ultrassonografia, ecodopler cardiograma, vascular periférico e cerebral. Possuem aparelhos de Raio X e farmácia de apoio terapêutico.

A capacidade de atendimento médio mensal prevista é de cerca de 6.500 consultas. A unidade opera de segunda-feira a sábado, das 7h às 19h, e o gerenciamento é feito em parceria com a Organização Social de Saúde sob fiscalização de um conselho gestor municipal, eleito de forma direta e democrática por membros da comunidade assistida, devendo as OSS prestar contas das ações realizadas e a serem promovidas ao conselho gestor eleito e pela coordenadoria regional na qual se insere.

➤ **Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil)**

O CAPS Infantil oferece assistência integral, com atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros) e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família e atividades intersetoriais com escolas e abrigos da região.

A equipe do CAPS Infantil, que trabalha de forma integrada com as unidades básicas de saúde e comunidade, está formada por médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicopedagogos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia e equipe administrativa. Além dos consultórios de atendimento e farmácia, o CAPS conta com laboratórios de informática, cozinha experimental e brinquedoteca.

Esse investimento, estabelecido em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) por meio da Coordenadoria Regional da Área de Atuação e a Organização Social de Saúde da região atendida, permite realizar uma média de 1.200 atendimentos médicos mensais. Os grupos terapêuticos podem atender 600 pessoas/mês.

O CAPS infantil faz parte da Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011 - uma rede de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS tem como objetivos gerais: permitir o acesso à atenção psicossocial à população em geral; reintegrar as pessoas que se encontram com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas a suas famílias, mediante postos de atendimento ao usuário e família; promover a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território; qualificar o cuidador por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tem como objetivos específicos: promover saúde mental aos grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e favorecer a redução dos danos provocados pelo consumo; promoção da reabilitação, com reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelo acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária.

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes:

- Atenção Básica em Saúde: UBS, NASF, consultório de rua, centros de convivência e cultura;

- Atenção Psicossocial Estratégica: centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades);
- Atenção de Urgência e Emergência: samu 192; sala de estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidade de acolhimento; serviço de atenção em regime residencial;
- Atenção Hospitalar: enfermaria especializada em hospital geral; leitos de SM no hospital geral;
- Estratégias de Desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos; programa “De Volta para Casa”;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda; empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

➤ **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

O Município de São Paulo, em 2009, apresentava 10.998.813 habitantes e 1.224 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 253 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das 431 existentes, com potencial de 45% de cobertura populacional.

O processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Município de São Paulo (MSP) iniciou-se em julho de 2008 com proposta de 86 equipes. Embasadas na Portaria 154/MS de 24 de janeiro de 2008, as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) preparam as categorias profissionais transdisciplinares para compor os NASF de suas regiões, de acordo com o perfil epidemiológico, quantidade de serviços instalados e estudo das demandas prioritárias de cada área.

Na Zona Norte foram alocadas 12 equipes do NASF, sendo que a região de Vila Maria-Vila Guilherme, nosso objeto de estudo, é assistida por uma única equipe do NASF, responsável pela coordenação compartilhada de três unidades mistas de ESF compostas por UBS e AMA-Especialidades no mesmo território geográfico, com propostas distintas de funcionamento - a primeira, voltada para o atendimento primário, e a segunda, para o atendimento secundário à saúde.

O NASF tem como estratégia ampliar e qualificar o atendimento da comunidade territorial que abrange de forma compartilhada com os componentes da rede de atenção à saúde, e tem como referência a Equipe de Saúde de Família na UBS, a qual atua mediante exercício e compromisso dos atores envolvidos na ação horizontal e transdisciplinar.

Pode ter como apoio matricial o CAPS infantil ou ser o próprio apoio matricial na execução das ações, ou seja, facilitador do vínculo dos usuários ao sistema; pelo compartilhamento das corresponsabilidades nas ações a partir das reuniões de grupo, otimiza-se o sistema de referência e contrarreferência; com isso se pretende maior resolutividade da maioria dos casos na sua área territorial.

O NASF de Vila Maria - Vila Guilherme tem como apoio matricial o CAPS infantil Vila Maria que, juntamente com ESF da UBS Vila Izolina Mazzei, promove aulas, como pré-diagnosticar sinais sugestivos de doenças como TDAH, dislexia, discalculia e disgrafia, e treina professores para aplicação de um teste adaptativo do SNAP IV (Anexo 3), ações medicalizantes que promovem e perpetuam a biologização, vitimização e culpabilização do aluno e família.

Mapa 5- Distribuição dos 86 ENASF e 253 UBS/ESF com 1.224 equipes da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo (2009)

O gráfico apresentado a seguir mostra os serviços de saúde promovidos pelas Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo.

Figura 5- Serviços de Saúde promovidos pelas OSSs no município de São Paulo

Do diagrama acima representado participam do objeto de estudo desta tese a Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Ação Psicossocial Infantil (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

4.3.2.2. Caracterização da organização educacional

A Escola Municipal de Ensino Fundamental - EMEF acha-se localizada na região norte da cidade de São Paulo/SP. Seu regime de funcionamento inclui dois turnos diurnos:

1º Turno – Ciclo Interdisciplinar e Autoral (das 07h00 às 11h50) - 02 classes de 5º ano Ciclo Interdisciplinar; 03 classes de 7º ano Ciclo Autoral; 02 classes de 8º ano Ciclo Autoral e 03 classes de 9º ano Ciclo Autoral.

2º Turno – Ciclo de Alfabetização e Interdisciplinar (das 13h40min às 18h30) - 03 classes de 1º ano – Ciclo de Alfabetização; 03 classes de 2º ano – Ciclo de Alfabetização; 03 classes de 3º ano – Ciclo de Alfabetização e 03 classes de 4º ano – Ciclo Interdisciplinar.

Essa EMEF, localizada a um quilômetro da UBS envolvida no PSE, oferece alimentação escolar para os alunos; possui laboratório de informática com acesso à Internet

Banda Larga, cozinha, sala de leitura, televisão e DVD, computadores, impressoras, água filtrada, água, esgoto e energia em rede pública, sala de diretoria, sala de professores, quadra poliesportiva, coleta periódica de lixo, sanitário dentro do prédio.

4.3.3 Estudo de demandas individuais de queixa escolar atendidas no PSE (2014) Vila Maria-Vila Guilherme

Apresentação da dinâmica inter e intrainstitucional no atendimento à demanda de queixa escolar no PSE 2014, utilizando os instrumentos presentes na Rede de Atenção à Saúde com a proposta de evidenciar o atual diálogo intersetorial educação-saúde por meio de uma proposta-intervenção Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE), cuja intervenção foi realizada no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014) no módulo II da Saúde Mental, de caráter optativo.

A partir dos instrumentos de pesquisa expostos abaixo, objetiva-se propor ações intersetoriais educação-saúde que visem ao melhor entendimento da demanda de queixa escolar no PSE (2014), um Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE), realizado entre a UBS e EEFM da Zona Norte de São Paulo no bairro Vila Maria-Vila Guilherme. Foi ministrada uma palestra nos turnos matutino e vespertino da escola, para explicar à diretoria, ao corpo docente e à coordenação pedagógica a proposta de intervenção, como esclarecimento de possíveis dúvidas e questionamentos.

Foram utilizados os instrumentos relacionados abaixo.

➤ **Questionário (Apêndice I)** aplicado a criança e seus responsáveis legais¹ - busca trazer o entendimento da representatividade da impressão da individualidade da escola enquanto coletividade na visão dos filhos e pais ou responsáveis; à medida que algumas respostas apresentarem similaridade, será permitido à equipe multidisciplinar buscar conhecimentos para futuros planejamentos interinstitucionais a fim de promover a diminuição das demandas de queixa escolar.

➤ **Estudo de Relatórios Pedagógicos (Anexos 8 e 9)** - foram solicitados a elaboração de Relatórios Institucionais Pedagógicos, ao Coordenador Pedagógico, e o envio de demandas de queixa escolar da EEFM da região norte da cidade de São Paulo, ao neurologista e à psicóloga da UBS, para redirecionamento deste fluxo às devidas oficinas. Tais relatórios descrevem dificuldades encontradas no processo de aprendizagem (escrita,

¹ Vide *Termo de Compromisso Livre e Esclarecido* (Anexo 1).

leitura, concentração, atenção, comportamento). Esta proposta procura não se ater a pré-diagnósticos (Dislexia, Déficit de Atenção e Hiperatividade, Disgrafia, Discalculia), em busca de uma ação observacional transversal para a promoção da Saúde Escolar em resposta à demanda de queixa escolar, de forma não medicalizante. Foram analisadas três modalidades de relatórios pedagógicos: cartas de encaminhamento das coordenadoras pedagógicas ao médico da UBS, relatórios de demanda de queixa escolar ao Programa Terapêutico Singular Núcleo de Apoio Educacional, pela coordenadora pedagógica, e ficha de observação do aluno, pelos professores. O primeiro exemplo evidencia como se dá, no atual momento, o fluxo desta demanda na Rede de Atenção à Saúde, diretamente por meio das cartas referências dos pediatras e clínicos ao nível secundário (neurologistas e psiquiatras) ou pela rede matricial Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS), por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); o segundo exemplo evidencia uma proposta de olhar diferenciado sobre a demanda escolar de forma a não pré-diagnosticar, culpabilizar, patologizar e vitimizar a criança e/ou família, em busca de um olhar não medicalizante da demanda de queixa escolar por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014). O terceiro exemplo evidencia o olhar dos professores a partir da ficha de observação do aluno. Todos estes relatórios são importantes como contribuição para a melhoria do diálogo intersetorial educação-saúde mediante ações que promovam a saúde do escolar frente à demanda de queixa escolar em uma perspectiva não medicalizante.

➤ **Oficinas de Vivência e Assistência Social**

As oficinas de vivência foram realizadas na UBS, constituindo-se um conjunto de três oficinas para um grupo de seis crianças, divididas em dois grupos de três com idade entre 7 a 10 anos, com duração de 1 hora e 15 minutos cada, uma vez por semana, eleitas as segundas e quartas-feiras da semana. O objetivo desta foi estabelecer, inicialmente, uma relação vincular com cada aluno para, a partir desta experiência, obter-se uma potencialização de recursos internos e desconstrução da demanda de queixa a fim de permitir uma aproximação com novos processos educativos de interação dinâmica, de acordo com a realidade local e voltada para a potencialidade do indivíduo junto à coletividade.

As oficinas foram constituídas por três momentos: acolhimento (abertura da oficina); desenvolvimento (realização de uma atividade utilizando-se recursos expressivos ou midiáticos); e fechamento (conversa em roda sobre a atividade proposta e troca em grupo de informações sobre as experiências vivenciadas). Foram realizadas pela psicóloga da UBS na EEFM e têm como proposta despertar nos escolares novas vivências, curiosidade, imaginação

e prazer em aprender, que favoreçam o autoconhecimento, utilizando experiências afetivas individuais e coletivas intra e extraescolares.

As oficinas de assistência social, após a demanda de distúrbios comportamentais e conflitos familiares terem sido levantadas pela coordenadora pedagógica, eram feitas visitas domiciliares pela assistente social e pela psicóloga para entendimento das situações familiares extraescolares que poderiam influenciar direta ou indiretamente no processo de aprendizagem e escolarização.

➤ **Observação, semiologia clínica e neurológica** - como observador e participante desta pesquisa intervenção, o autor desta tese buscou evidenciar um olhar generalista e integral não visando a patogenicidade e organicidade das questões que envolvem a dificuldade de aprendizagem, mas em busca de potencializar a individualidade frente à coletividade a partir dos questionamentos construtivos do olhar crítico sobre a demanda de queixa escolar. Foi orientado à assistente social da UBS (nível primário) que agendasse uma consulta para as crianças, juntamente com seus responsáveis, com o neurologista e coordenador deste PTS, atuante no AMA-especialidades (nível secundário), no mesmo território geográfico desta UBS, com a finalidade de que - como neurologista desta proposta intervenção - pudesse descartar causas orgânicas do ponto de vista neurológico, pela semiologia clínica e neurológica da criança, a fim de evidenciar, neste estudo de caso, que na grande maioria destas avaliações os exames clínicos e complementares se mostram normais, gerando-se um desnecessário ônus ao Sistema Único de Saúde do ponto de vista financeiro e desvio de atendimento de uma demanda de queixa escolar, a qual será, em um futuro próximo, plenamente atendida pelo Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem (NAAPA), como apresentado na Portaria Nº 6.566, de 24 de novembro de 2014 (anexo 10); permite-se, assim, redirecionar e aliviar uma agenda reprimida para atendimento de sua real demanda à saúde mental pela neurologia e psiquiatria.

No capítulo 4, teve-se como objetivo explicitar os fundamentos teóricos do método da pesquisa, em que se optou por um estudo de caso único, tendo por questão norteadora “como otimizar a interação intersetorial educação-saúde já existente no atendimento público municipal para melhor responder à demanda de queixas escolares, de forma não medicalizante?”. Foram descritos os recursos utilizados para promover ações intersetoriais Educação-Saúde frente à demanda de queixa escolar, de forma não medicalizante.

CAPÍTULO 5 - Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014). Proposta de ações intersetoriais educação-saúde frente à demanda de queixa escolar em uma perspectiva não medicalizante

5.1. Ações Intersectoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar

Poderia ser considerada ousada a intenção de explorar a possibilidade de inclusão de demandas de atendimento à queixa escolar no contexto da Vigilância à Saúde, o que implicaria a possibilidade de transferir procedimentos adotados em “grupos de risco” para o segmento populacional constituído por crianças com queixa escolar. No entanto, apesar dos desafios e riscos teóricos e metodológicos implicados nessa empreitada, nada impede que seja tentada sua realização.

Segundo Teixeira e col. (1998), entende-se como Vigilância à Saúde o uso da epidemiologia e das ciências sociais na análise da situação de saúde da população, no planejamento e programação local e na organização de operações direcionadas ao enfrentamento dos problemas apresentados nos territórios delimitados, com ênfase nas ações intersectoriais e setoriais de promoção da saúde e prevenção dos riscos e agravos. Os autores reafirmam que o atual modelo traz como sujeito a interação constante, transversal, poliárquica, mutável e linear de acordo com a situação entre a equipe de saúde da Atenção Primária a Saúde e a população com a qual atua; sugerem como objeto o desenvolvimento de propostas em prol do coletivo que reduzam danos e riscos e busquem atuar e contribuir na redução das necessidades e melhoria dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho), utilizando-se como instrumentos de trabalho tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias que têm como forma de organização políticas públicas saudáveis, ações intersectoriais, intervenções específicas que busquem a promoção, prevenção e recuperação das dificuldades por meio de operações sobre problemas e grupo populacionais.

Ao tratar dos grupos de risco, utilizam-se, entre outros, os seguintes termos: “adoção de estratégias que incluam a possibilidade de identificação de fatores de exposição”; “definição de recursos para o controle de danos em sujeitos particularmente expostos a riscos”; “intervenção social organizada, baseada em ações programáticas de saúde, que envolvem políticas públicas transitórias, voltadas para a promoção e proteção da saúde”; “identificação precoce dos riscos”; “definição dos limites do dano e reabilitação”.

Ao pensarmos numa possível inclusão da demanda de queixa escolar no contexto da Vigilância em Saúde, algumas questões se apresentam de imediato. Uma delas é a seguinte: tal inclusão é epistemológica e metodologicamente possível? Isso constitui um problema de pesquisa. Utilizo como exercícios iniciais a reflexão sobre o tema: Ações frente às questões da demanda de queixa escolar, intra e interinstitucional, que possam afetar as crianças em processo de desenvolvimento escolar e possibilidade e conveniência de construir um modelo observacional transversal e linear em saúde, visando à promoção da saúde escolar, a partir de uma ótica interdisciplinar que otimize o diálogo intersetorial educação-saúde e promova ações coletivas não medicalizantes.

Proponho, através desta tese, a realização de ações intersetoriais educação-saúde frente à demanda de queixa escolar, não em busca da adoção de uma ótica vigilante sobre a escola e os alunos, mas sim com um olhar aprofundado das questões que envolvem escola, alunos e comunidade. Portanto, a partir do estudo observacional transversal e linear da demanda escolar, seria permitido um modelo assistencial participativo com a comunidade com a finalidade de buscar, com a melhoria da saúde educacional intra e extra escolar das pessoas envolvidas direta e indiretamente no processo de aprendizagem, melhorar a saúde escolar - mediante uma visão geográfico-territorial, de um bom planejamento urbano nas questões que envolvem comunidade e escola, epidemiologia local, administração estratégica intra e extraescolar, ciências sociais em saúde construídas a partir de um suporte político-institucional descentralizado, e serviços e práticas da saúde escolar a nível local, saindo do olhar ainda higienista da vigilância epidemiológica e sanitária e das práticas medicalizantes individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) para uma visão generalista do coletivo público, com a finalidade de reduzir os danos, avaliar os riscos e entender as necessidades e determinantes do modo de vida e saúde da comunidade que possam influenciar direta e indiretamente na saúde escolar a partir da saúde educacional da comunidade, assim como propõem Teixeira e col. (1998).

Este projeto de pesquisa-intervenção compartilha dos ideais propostos pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e é instrumentado a partir das “Recomendações de Práticas Não Medicalizantes para Profissionais e Serviços de Educação e Saúde” (2013), que propõem não responsabilizar o indivíduo, mas corresponsabilizar a coletividade (educação-saúde-escola e usuários do sistema).

Propõe discutir o desenvolvimento escolar não sobre a ótica de um erro do aluno, da família, da UBS, da escola e dos usuários do sistema, mas de uma interação de fatores articulados. Esses elementos podem ser dinamizados em prol do desenvolvimento de

potencialidades individuais, por meio de ações coletivas articuladas e propositivas com vistas ao entendimento da demanda visando a promoção da saúde escolar.

Deixemos de apontar dedos acusatórios, que potencializam o fracasso escolar, e caminhemos de mãos dadas, assumindo corresponsabilidade por erros involuntariamente cometidos e somando acertos por um bem maior: a criança em desenvolvimento escolar.

Se conseguirmos mapear os “buracos negros” existentes nesse processo de desenvolvimento, conheceremos melhor o universo escolar. Seguindo em procura de fatores de risco que propiciam mau desenvolvimento, para os identificar por meio da ação conjunta educação-saúde-usuários, poderemos agir de forma intersetorial, visando a observação linear inter e transdisciplinar dos fatores de risco (demandas de queixa escolar), em busca da promoção da saúde física e psicológica da criança em desenvolvimento escolar.

Coerente com a posição contrária à medicalização da sociedade, particularmente de seu segmento infantil, é a postura aqui adotada: conduzir processos de avaliação diagnóstica de maneira a compreender a produção dos encaminhamentos realizados para a área de saúde. Conduzir processos e não pessoas possibilita compreender a dimensão institucional que engendra os encaminhamentos das crianças das classes populares. Assim sendo respeitamos o direito à escolarização de qualidade prevista no texto constitucional. E é sob essa perspectiva que propomos que os “problemas de aprendizagem” sejam incluídos no conjunto de situações previstas pela Vigilância em Saúde Pública.

Tal ótica nos parece inovadora e promissora ao sugerir ações intersetoriais educação-saúde frente à demanda de queixa escolar e possibilitar a conveniência de construir um modelo observacional transversal e linear em saúde visando a promoção da saúde escolar, de modo a privilegiar determinantes históricos, socioeconômicos, sanitários e ambientais das necessidades de crianças que se encontram em estado de sofrimento psíquico e emocional. Propomos reavaliar a questão da queixa escolar não como uma deficiência individual do aluno, mas sim com a meta de estabelecer um diálogo interinstitucional educação-saúde-usuários do sistema, a fim de se alcançarem formas para promover saúde escolar.

Nossa proposta - inspirada no modelo consagrado de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Assistência Médica, com o qual buscamos estabelecer analogias - supõe a necessidade de compreender a complexidade do sistema educação-saúde-escola e usuários. Nesse sentido a realização da intervenção no campo da saúde deverá considerar a escola enquanto parte de um sistema educacional, por vezes, precarizado e que se apresenta enquanto expressão de contextos sociais nos quais as políticas não respondem ainda às necessidades da

população. Tendo por foco a demanda de queixa escolar, e não a criança, implicaremos todo o sistema no qual ela está inserida.

Para realizar essa tarefa é preciso adotar uma estratégia que permita interpretar o encaminhamento de crianças e adolescentes enquanto expressão das dificuldades vividas no processo de escolarização. Para tanto precisaremos estabelecer uma intervenção social organizada, baseada em ações programadas de saúde que envolvam políticas públicas transeitoriais, voltadas para a promoção e a proteção da saúde escolar.

Essa estratégia demanda interações da tríade educação-saúde-usuários do sistema, bem como articulações intersetoriais e intra e interinstitucionais para a promoção de saúde sanitária, ecológica e de educação. Uma adaptação do diagrama de Teixeira e col. (1998) possibilitou a elaboração do Diagrama de Ações Inter setoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar, apresentado a seguir.

Figura 6- Diagrama de Ações Inter setoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar

Para melhor entendimento da demanda de queixa escolar convém antes entender como se formam parcerias no complexo abordado e qual é o interesse das organizações por essa interação parceira a ser estabelecida nos âmbitos intra e interinstitucionais.

Até 2010, a demanda de queixa escolar era encaminhada por meio de Relatórios Pedagógicos elaborados por Escolas de Ensino Fundamental do Município de São Paulo. Era feito às UBS o encaminhamento desses relatórios, que passavam pelos Programas de Saúde da Família, por meio das Equipes de Saúde da Família, e chegavam às mãos de clínicos e

pediatras por meio de consultas agendadas na UBS, apresentaremos a seguir cinco exemplos destes relatórios encaminhados.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO- SME
EMEF

ALUNO: _____
SÉRIE: 4ª ano C – ciclo I

RELATÓRIO DE DESEMPENHO ESCOLAR

Declaro que o aluno _____ está apresentando um rendimento escolar abaixo do esperado, não correspondendo às expectativas de aprendizagem para a idade e série em que se encontra. Apresenta dificuldade em assimilar os conteúdos trabalhados pelo professor, mesmo com acompanhamento individualizado e contínuo, demonstrando não conseguir absorver e reter o que está sendo ensinado. Em sala, sempre procura copiar as lições dos amigos, não conseguindo executá-las autonomamente como o esperado. Por muitas vezes encontra-se disperso durante a aula.

Expressa suas necessidades e desejos com clareza aos colegas e professoras, mas não consegue manter um diálogo articulado dentro de um contexto, não conseguindo expressar seus pensamentos. Durante as aulas não participa oralmente, não dá opiniões sobre os acontecimentos ocorridos, mas demonstra compreender o que se passa a sua volta.

É um aluno organizado com seus materiais. Participa de todas as atividades extra classe com prazer. Gosta de estar perto dos colegas, interagindo nas brincadeiras. Seu relacionamento com a professora e com todos da escola é muito bom. É carinhoso, alegre e amável.

Atenciosamente

Coord. Pedagógica

Rua: _____ – São Paulo- SP. Fone: _____

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO
JAÇANÃ/ TREMEMBÉ

Relatório do aluno

O aluno está regularmente matriculado, frequentando a quinta série do Ensino Fundamental de oito anos nesta unidade escolar.

Apresenta timidez e grande tranquilidade, tanto em sala de aula, quanto em outros espaços da escola. Não demonstra agitação, nem fica levantando-se do lugar, mas dispersa a atenção frequentemente, divagando os pensamentos, com se estivesse aéreo, somente de corpo presente.

Sabemos que isto se deve ao acentuado nível de dificuldades de aprendizagem que apresenta, uma vez que não lê e não escreve com autonomia, copia da lousa ou do caderno dos colegas, mesmo sem compreender o que copiou. Ou seja, apesar da dificuldade para compreender e executar as tarefas, concentra-se o suficiente para tentar concluir as atividades propostas.

No que se refere ao comportamento e relacionamentos, evita se expor tanto oral quanto fisicamente, por causa da timidez. Dessa forma, também não se expressa diante da turma, nem se envolve em confusões.

São Paulo, 05 de julho de 2013.

EMEF

Coord. Pedagógica

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO
JAÇANÃ/TREMEMBÉ

Relatório do aluno

O aluno está regularmente matriculado, frequentando a quinta série do Ensino Fundamental de oito anos nesta unidade escolar.

Continua apresentando timidez e grande tranquilidade, tanto em sala de aula, quanto em outros espaços da escola.

Foi observada nos últimos meses uma considerável persistência na realização das atividades propostas, mesmo diante do acentuado nível de dificuldade. Atende às solicitações dos professores, retorna ao seu lugar e retoma a execução da tarefa, mesmo após algumas tentativas sem êxito. Contudo, ainda não manifesta dúvida de forma espontânea durante as aulas.

Procura se enturmar com os meninos que apresentam comportamento mais agitado e parece ser aceito pelos mesmos.

Permanece em atendimento mais individualizado na sala de Recuperação Paralela, no contra-turno das aulas regulares.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

São Paulo, 20 de dezembro de 2013.

EMEF J.

DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO JAÇANÃ TREMEMBÉ
EMEF

Ofício nº 16/2013

São Paulo, 21 de Junho de 2013

Ao
CAPS
V.MARIA/V.GUILHERME

O aluno [nome], nascido em 08/05/2000, matriculado nesta U.E. no 4º.ano, observamos que quanto a aprendizagem apresenta muitas dificuldades, pois até o momento não lê, não escreve, não faz nenhuma correspondência alfabética, não compreende o sistema de numeração decimal. Entende os nossos comandos, mas não o entendemos muito bem.

Devido às suas dificuldades, o aluno é dependente da professora para realizar qualquer atividade, por mais simples que sejam e apresenta muita lentidão ao executá-las, no entanto, demonstra interesse em aprender.

Cabe ressaltar que o aluno é do Paraguai, e frequentou escola especial, mas não por muito tempo. A mãe informou que é epilético, faz três anos que não há crises e teve meningite na infância.

Acreditamos que o encaminhamento, será de grande ajuda para o seu desenvolvimento global.

Certos de sua atenção, e a disposição para quaisquer esclarecimentos,

atenciosamente,

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2
E.E.
RUA [illegível] SÃO PAULO - SP

ENCAMINHAMENTO

Venho por meio deste, solicitar o encaminhamento neurológico do aluno [illegível] nascido em 25/11/2002, cursando o 5ºano do Ensino Fundamental, devido o mesmo apresentar dificuldades, é extremamente dependente do professor, não consegue realizar nada sozinho e não demonstra vontade de aprender. É distraído e conversa muito, atrapalhando seu rendimento. Não conseguiu se alfabetizar e não lê.

Atenciosamente,

São Paulo, 12 de novembro de 2012.

Coordenador Pedagógico

Esses profissionais, por meio de cartas-referências, encaminhavam a demanda ao nível secundário - neurologistas e psiquiatras que, na maioria das vezes, adotavam procedimentos diagnósticos e terapêuticos medicalizantes, sem a preocupação de dar retorno de contrarreferência da conduta tomada. Com isso, o panorama geral é de pontes que se

entrecruzam, mas não se complementam, para oferecer à demanda um atendimento efetivo e eficaz.

Os profissionais que realizam o atendimento em nível secundário do SUS, em sua expressiva maioria, não estabelecem compromisso com a realidade local: atêm-se somente ao indivíduo que têm diante de si por tempo reduzidíssimo e o observam através de lentes que somente dão alcance a um olhar organicista, diagnóstico e intervencionista que leva diretamente à adoção de condutas medicalizantes. Esse padrão de funcionamento gera expressivo aumento de despesas para o SUS, pois a rotina supõe a solicitação de exames EEG, CT de Crânio e RMN de Crânio, cujos resultados, em grande maioria, indicam normalidade.

Dos cinco relatórios pedagógicos utilizados como exemplo, os três primeiros, tratam de um mesmo aluno encaminhado ao ambulatório de especialidades de neurologia em que atuo, por meio de carta referência dos pediatras das UBS de origem. O primeiro, enviado por uma coordenadora pedagógica do quarto ano do ciclo I, e outros dois, pela mesma coordenadora pedagógica do quinto ano do ciclo I, com intervalo de cinco meses entre o segundo e o terceiro. Procuro enfatizar nos textos escritos pelas coordenadoras as características negativas e positivas por elas atribuídas ao aluno. As negativas seriam: disperso, tímido, dificuldade para compreensão, aéreo (“somente de corpo presente”), sem autonomia, copista, baixo rendimento escolar com dificuldades de aprendizagem relacionados a escrita, leitura, compreensão e interpretação. Já as positivas são: organizado, tem prazer de estar e interagir com os colegas e professores, expressa suas necessidades com clareza aos colegas e professores, demonstra compreender o que se passa a sua volta, participativo extraclasse com prazer, carinhoso, alegre, tranquilo e amável, “concentra-se o suficiente para tentar concluir as atividades propostas”. Do ponto de vista socioafetivo, há um predomínio das características positivas em relação às negativas, em caráter semiológico neurológico normal. A mesma coordenadora relata ser o aluno “aéreo” (somente de corpo presente), mas no mesmo texto, logo abaixo, refere que, embora demonstre falta de compreensão, ele tem boa capacidade de concentração nas atividades propostas e consegue entender atividades extraclasse prazerosas. Diante de tanta dicotomia nos relatórios apresentados, proponho a modificação da frase escrita pela coordenadora do primeiro relatório: “Declaro que o aluno... está apresentando um rendimento escolar abaixo do esperado”, para: “Declaro que a escola... apresenta um rendimento abaixo das expectativas do aluno avaliado, deve-se portanto criar um substrato necessário que potencialize a experiências afetivas emocionais positivas e

construtiva diante das negativas, a fim de melhorar a capacidade da leitura, escrita, compreensão e interpretação do aluno avaliado”.

O único relatório - dos cinco apresentados, relativos aos três pacientes avaliados pelo neurologista - que apresentava uma causa neurológica foi o quarto. Além das dificuldades de aprendizagem de aritmética, leitura, escrita, compreensão, interpretação em língua portuguesa - pois o aluno era paraguaio -, a idade neurológica afetiva dessa criança era de seis anos de idade, e ele tinha nove anos de idade cronológica, uma história clínica pregressa de meningite na infância, resultando em crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas.

Chamo atenção para o fato de que este paciente foi encaminhado ao CAPS Infantil com posterior encaminhamento ao neurologista. Procurei assumir a seguinte conduta: substituir o anticonvulsivante que causava sonolência em sala de aula, controlando as crises para melhorar a atenção e a concentração nas atividades escolares; solicitei RMN de crânio, que evidenciou má formação do corpo caloso, decorrente da sequela da meningite. Sendo o corpo caloso responsável pela comunicação inter-hemisférica cerebral, explicam-se parcialmente as dificuldades apresentadas.

Além disso, ele achava-se sujeito a um processo sociocultural e de adaptação a uma nova escola de outra nacionalidade. Solicitei acompanhamento psicológico familiar e individual e orientei a mãe para realização de oficinas de vivência com massa de modelar, buscando inspiração regional da pátria de origem, e acompanhamento do fonoaudiólogo para adaptação à nova língua.

Torna-se interessante observar que, dos cinco relatórios exemplificados, somente este determinou uma investigação diagnóstica e terapêutica clínica. Todos os demais correspondem a uma demanda que, futuramente, poderá - no município de São Paulo - ser atendida exclusivamente e com plena qualidade pelo NAAPA. Sendo assim, nas questões municipais referentes a demanda de queixa escolar, o PTS NASE assumiria a postura de um diálogo transitório nas questões da demanda, porém de suma importância neste processo de transição em que se encontra o diálogo intersetorial educação-saúde, uma vez que esta proposta intervenção foi realizada no PSE 2014, e o NAAPA foi implantado em fevereiro de 2015.

O último relatório evidencia a presença da demanda de queixa escolar do estado de São Paulo nos serviços da Rede de Atenção à Saúde nas questões que envolvem a saúde mental na infância e adolescência. Esta demanda vem evidenciar a importância do PTS NASE no módulo II de saúde mental do PSE do município de São Paulo, uma vez que ele pode promover o redirecionamento deste fluxo aos NAAPAs e buscar estreitar o diálogo

intersetorial educação-saúde, em busca de conhecimentos neurofisiológicos da aprendizagem não medicalizante que possam potencializar a individualidade dentro da coletividade e promover a saúde escolar. Que sempre se entenda: as questões da demanda de queixa escolar cabem às diretorias regionais de educação por coordenação dos NAAPAs, porém o conhecimento de profissionais da saúde com experiência em neuroeducação pode contribuir para que as pontes deixem de se entrecruzar e se complementem em prol da diminuição da demanda e melhoria no processo de escolarização.

Assim, a partir de uma cadeia hierárquica vertical centrada na figura do médico especialista e graças à institucionalização dessa demanda, fenômenos da ordem do coletivo e da saúde pública são abordados sob uma perspectiva orgânica e individual.

Com a chegada do CAPS Infantil à Zona Norte de São Paulo, ocorrida em 2010, procurou-se direcionar o fluxo dessa demanda à rede matricial CAPS II Infantil com acompanhamento do NASF na interlocução das questões de dificuldade de aprendizagem e comportamento na infância. Assim, deu-se início a atendimentos individualizados de crianças com queixa escolar, por meio de diagnóstico e terapia medicamentosa, além de atendimentos em grupo realizados em oficinas conduzidas multidisciplinarmente, com a participação (presencial ou não) de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicopedagogos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêutico, auxiliares de farmácia e equipe administrativa.

Embora a proposta tenha evoluído a partir da necessidade de dar direcionamento ao fluxo da demanda para uma única rede matricial, continuam sendo utilizados instrumentos medicalizantes, como, por exemplo, o treinamento de professores da rede pública do Ensino Municipal de São Paulo para utilização do MTA SNAP IV (Anexo 3), instrumento de rastreamento diagnóstico de supostas crianças com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno de Desafio e Oposição), já mencionados anteriormente.

Esta tese sugere utilizar os instrumentos presentes na Rede de Atenção à Saúde com a finalidade de evidenciar o atual diálogo intersetorial educação-saúde por meio de uma proposta-intervenção, cuja instauração foi tentada no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014). Este projeto desenvolveu-se em uma Escola Municipal de Ensino Fundamental e uma Unidade Básica de Saúde gerenciada por uma Organização Social de Saúde, na região da Zona Norte da cidade de São Paulo.

Busca utilizar uma visão crítica de redirecionamento da demanda de queixa escolar para um apoio referencial e matricial ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com

estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), atual proposta-intervenção Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE).

Poderá, em futuro próximo, propor ser articulada a equipe do Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem (NAAPA), o qual, por direito adquirido por lei municipal da Secretaria Municipal da Educação, foi criado em 20 de maio de 2015 (Anexo 11) e tem a intencionalidade de atender à demanda de educandos com problemas na escolarização e a necessidade de melhorar os resultados da aprendizagem na Rede Municipal de Educação, promovendo-se uma escola na qual todos aprendam. Tem como objetivo comum a este PTS apoiar e acompanhar as equipes docentes e gestoras no processo de ensino-aprendizagem dos educandos que apresentam dificuldades no processo de escolarização, decorrentes de suas condições individuais, familiares ou sociais que impliquem prejuízo significativo no processo de ensino-aprendizagem (Portal da Secretaria Municipal de a educação, 2015).

Esta associação futura poderá contribuir para a melhoria do diálogo intersetorial educação-saúde e permitirá ao CAPS Infantil atender somente à demanda da saúde mental na infância e adolescência, a qual já se encontra reprimida.

Seguindo a indicação de tentar melhorar o diálogo intersetorial educação-saúde a partir do modelo já existente, o modelo proposto acima poderia ser aplicado como um segmento de ação do PSE (2014) na temática Saúde Mental, Direitos Humanos e Álcool/Drogas, componente II, uma vez que fornece os instrumentos metodológicos necessários para a proposta-intervenção da tese levantada, como enunciado na íntegra pelo Ministério da Saúde (2013):

O Programa Saúde na Escola (PSE) contribui para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporciona à comunidade a oportunidade de participar de programas e projetos que articulam saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação existentes e que causam impacto positivo na qualidade de vida dos educandos.

A escola é espaço privilegiado para as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. A articulação entre escola e unidade de Saúde inclui-se, portanto, entre as mais importantes demandas do Programa Saúde na Escola. As ações desse Programa, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e dos municípios, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, pois trata-se de um processo de adesão que

visa à melhoria da qualidade da educação e da saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e dos pactos estabelecidos em ambos os setores.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, professores e funcionários deve partir daquilo que eles sabem e podem realizar. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e de atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida.

Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas¹.

Esta tese compartilha os ideais da Teoria Paidéia (CAMPOS, 2000), que busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições, de modo a aumentar a capacidade de compreensão e intervenção destas sobre o mundo e si mesmas, contribuindo para a construção de uma sociedade democrática, a partir da visão crítica e contrutiva de promoção da saúde e bem-estar social da comunidade pela adequação das pessoas ao meio em que estão inseridas. Evidencia-se a existência de uma coprodução de acontecimentos gerada a partir de uma coconstituição de sujeitos e suas organizações que interagem entre si gerando uma corresponsabilidade pela constituição de contextos singulares. No método Paidéia, o singular é determinado pela constante ação mutável, mas organizada, da influência bidirecional do contexto sobre os sujeitos e desses sobre o contexto e sobre si mesmos, em que surge uma coprodução na qual o sujeito deixa a função passiva e cômoda para atuar no meio em que vive mediante a política, a gestão, o trabalho e práticas cotidianas, quando se proporciona uma corresponsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos pelo processo saúde-doença.

Fundamentada no Método Paidéia (CAMPOS; 2000), esta tese propõe levantar a possibilidade de deixarmos de atuar como “atores sociais” ou “sujeitos históricos” do fracasso escolar para construirmos - com os instrumentos metodológicos já presentes - uma “microfísica do poder” (FOUCAULT, 1979), por meio da busca da melhoria do diálogo intersetorial educação-saúde, não só pela ação política dos governantes, mas, principalmente, por redes descentralizadas de poder advindas da necessidade de uma sociedade civil local (UBS, Escola e Comunidade) que permita Ações Intersetoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar. E, a partir da saúde educacional da comunidade, desenvolvermos uma prática de “sujeito epistêmico” (TESTA, 1997), em que as pessoas interagem segundo a vivência teórica e prática, sem nível hierárquico, apoiadas pela visão

¹ Texto integral do Guia de Sugestões de Atividades: Semana Saúde na Escola/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Depto. de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 15.

transdisciplinar, gerando-se a capacidade de agirem sobre o mundo, em que se favorece a formação de “sujeitos reflexivos e operativos”.

Por intermédio desta proposta-intervenção, o Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional, no PSE 2014, busca criar um contrato social com uma rede de compromissos e de aliança singular em “nível local”, promovendo-se a recomposição da forma de mobilização dos sujeitos coletivos nos espaços microsociais para garantir, em médio e longo prazo, mudanças macrosociais estáveis, construtivas e reflexivas, fortalecidas pelo agonismo e antagonismos de ideias que surtirão ações, e estabelecer novas relações que alterem regras, leis e comportamentos mediante um “contrato social” bem explicitado.

Este contrato irá almejar a coprodução singular do método Paidéia (CAMPOS, 2000), em que a confluência de fatores biológicos, subjetivos, sociais e a presença ou não do sistema de saúde determinarão um modelo sanitário em busca de um individual coletivo que ressalta a importância do sujeito na coconstituição de si mesmo e dos processos de saúde/doença, sendo este sujeito cidadão comum, usuário ou não de algum serviço de saúde, trabalhador de saúde, dirigente de organização de saúde, propondo-se Ações Intersetoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar, com olhar ampliado e compartilhado entre a clínica e a saúde coletiva com que se busca a analogia e diferenças entre estes dois campos.

Quando sugerimos introduzir o Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional no componente II de Saúde Mental do Programa de Saúde na Escola, sob matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, procuramos colocar em prática o que é proposto pelo método Paidéia (CAMPOS, 2000), pois, ao associar a capacidade clínica de avaliação diagnóstica, mensurativa e terapêutica de questões oftalmológicas, auditivas, saúde bucal e nutricionais, existentes no PSE, às questões de Ações Intersetoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar em prol do desenvolvimento de aprendizagem no processo de escolarização, indicamos uma ampliação do objetivo do trabalho clínico e coletivo que causa uma “coprodução de autonomia”, ou seja, como proposto pelo método: *“criar a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências; ou seja, autonomia e coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto”*.

5.2. Proposta de intervenção NASE (Núcleo de Apoio à Saúde Educacional) - perspectiva de introdução de um Projeto Terapêutico Singular não medicalizante para as questões de Demanda de Queixa Escolar

A partir dos elementos apresentados neste capítulo, apresentaremos um conjunto de ações que consideramos fundamentais para compor uma proposta de intervenção sobre a Demanda de Queixa Escolar, no plano da Saúde Básica. Elas estão relacionadas a seguir.

Ação 1. Identificada a presença de uma queixa escolar advinda de escolas da rede pública e privada da cidade de São Paulo, na UBS, caberá aos Coordenadores Pedagógicos elaborar Relatórios Institucionais Pedagógicos e envio de demandas de queixa escolar ao neurologista e à psicóloga da UBS, porta de entrada dos encaminhamentos na área de saúde. Tais relatórios deverão descrever alguns aspectos fundamentais para compreensão do contexto de produção da queixa escolar:

1. Informações a respeito das condições da escola, do bairro, de índices de aprovação e abandono, relações com a comunidade, sobre o quadro docente e funcional contribuirão para compreender melhor o contexto social e institucional em que se insere a escola que encaminha.

2. Informações referentes a como se constituem as dificuldades encontradas no processo de aprendizagem (escrita, leitura, concentração, atenção, comportamento). Esta proposta procurará não se ater a pré-diagnósticos (Dislexia, Déficit de Atenção e Hiperatividade, Disgrafia, Discalculia); em vez disso, deverá detalhar situações em que as dificuldades se constituem no processo de escolarização.

3. Informações sobre possíveis ações realizadas pelos professores e rede de proteção para superar tais dificuldades, relações com a família e demais profissionais que participam de modalidades de atendimento.

Ação 2. Estes relatórios serão apresentados à equipe da UBS, e haverá encontros com os professores e coordenadores para compreender os motivos de encaminhamento. Estes encontros poderão acontecer na escola, a fim de conhecermos mais claramente o contexto em que tais queixas são produzidas.

Ação 3. Uma vez identificada a demanda, serão criados espaços de convivência, de no máximo quatro estudantes por grupo, para que possamos saber como a criança percebe sua escola e como se relaciona com ela. Denominamos estes espaços como Oficinas de Vivência, que serão realizadas semanalmente, em datas que conciliem as possibilidades de horário da psicóloga, dos profissionais da escola, no contra turno da escola, para não interferir no

processo de aquisição do conteúdo pedagógico. Ainda com o propósito de promover saúde educacional, tentaremos, na medida do possível, atender à demanda de professores e de integrantes do núcleo familiar. A oficina de vivência tem por objetivo ouvir as crianças encaminhadas. Para tanto, serão utilizados materiais lúdicos, expressivos e gráficos, visando a criar um espaço de diálogo e acolhimento.

Ação 4. Ouvir os pais ou responsáveis sobre as dificuldades escolares, buscando compreender a história de escolarização da criança e possíveis percalços de sua trajetória escolar. Identificar nos pais as queixas existentes, para a melhoria da educação escolar de seus filhos. Identificar possíveis ações da família junto às redes de proteção social. Buscar saídas consensuais para as dificuldades encontradas.

Ação 5. Neste momento do processo de trabalho, a equipe da UBS estará com várias informações: escolares, da criança encaminhada e da família. De posse dessas informações, realizará um relatório síntese das diversas versões e observações, para encaminhamentos nos âmbitos: familiar, escolar e da região em que a escola se encontra inserida.

Ação 6. Continua avaliação da proposta apresentada, visando a aperfeiçoar as ações frente às queixas escolares e a relação com as famílias, escolas, redes de proteção social.

Na proposta de melhoria da avaliação da demanda de queixa escolar, buscar sempre se aprimorar com propostas não medicalizantes, como:

1. Participação em fóruns de debate, entre os quais o de *Medicalização da Educação e Sociedade*.
2. Utilização de material didático de apoio, aí incluída a revista *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de Educação e Saúde* (2013), do GT Educação e Saúde, já mencionada anteriormente.
3. Utilização de um roteiro de entrevista especialmente elaborado para o atendimento a crianças com queixa escolar e seu responsável. Esse instrumento busca entender a queixa de modo integral, considerando suas causas de caráter coletivo e recusando ações medicalizantes e criando uma alternativa de avaliação não mensurativa e não medicalizante ao SNAP-IV.
4. Utilização de um Questionário de Consulta de Queixa Escolar em UBS do Município de São Paulo, composto de dez perguntas aos pais e/ou responsáveis e cinco perguntas aos alunos (Apêndice 1). Conforme mencionado, as crianças são encaminhadas pelas escolas municipais sob coordenação da Direção Regional de Educação por meio de relatórios pedagógicos. As questões são apresentadas de modo inteligível para que sejam compreendidas por profissionais de saúde (clínicos e pediatras da UBS). Os primeiros

profissionais da saúde ao entrar em contato com essa demanda buscam uma abordagem que possibilite a adoção de uma nova ótica de atendimento ambulatorial, segundo a qual o médico abandona a função puramente intervencionista e diagnóstica e passa a adotar uma visão construtiva do coletivo em busca da promoção de ações que potencializem a saúde escolar em prol da diminuição da demanda de queixa escolar.

5. Encaminhamento do primeiro instrumento ao profissional de saúde, que será o relatório escolar municipal. Embora seja um instrumento de grande valia na construção das diretrizes da rota de consulta, orienta-se o profissional a realizar a leitura desse relatório somente depois de aplicar o questionário, para evitar contaminação de interpretações. Isso lhe permitirá construir um olhar médico a partir do contato com a criança e seu familiar. Depois, partindo do próprio ponto de vista, lerá o relatório institucional de modo crítico, reflexivo, construtivo e não medicalizante e buscará construir um prontuário médico que favoreça o contato interinstitucional e a articulação do trabalho intersetorial educação-saúde.

6. Valorização da importância das respostas dadas aos questionamentos levantados a partir das cartas de referência/contra referência. Esse instrumento, de suma importância, utilizado pelos médicos da UBS para encaminhamento da queixa do paciente ao médico especialista é muitas vezes subaproveitado, pois, na grande maioria, não há contra referência pelos especialistas às Unidades Básicas de Saúde de origem, o que produz cisão no diálogo intrainstitucional UBS/AMA-E. Nas reuniões mensais interdisciplinares do PTS NASE, esse elemento - muitas vezes subvalorizado, porém de grande valia - poderá ser discutido por clínicos, pediatras e especialistas (neuropediatra, neurologista e/ou psiquiatra) para, com base nele, estabelecer possibilidades de atendimento à demanda de queixa escolar de forma não medicalizante. Isto possibilitará a valorização do profissional que referenciou e criará uma ponte que conduzirá todos ao mesmo caminho: a melhoria do diálogo intrainstitucional UBS/NASE sob matriciamento NASF, deixando ao AMA-especialidade neurologia e CAPS da Infância e Adolescência atender à demanda reprimida em neurologia e saúde mental, respectivamente. A demanda de queixa escolar será, assim, redirecionada ao NAAPA, em busca de ações intersetoriais que promovam a saúde escolar e melhoria no processo de escolarização por meio de um melhor diálogo intersetorial educação-saúde, com predomínio de um respeito mútuo, proporcionando-se um olhar transversal e linear no processo da aprendizagem.

O Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional é representado pelos diagramas abaixo.

Figuras 7 e 8- Diagramas do fluxograma das demandas de queixa escolar no Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional

5.3. Trajeto do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no Programa Saúde na Escola (PSE, 2014)

A proposta-intervenção levantada por esta tese foi fortalecida pelos ideais aventados na Pré-Conferência Preparatória da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo; a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, mediante o Conselho Municipal de Saúde, realiza Pré-Conferências nas subprefeituras, sobre a coordenação dos Conselhos de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde de São Paulo, a fim de promover um debate amplo, aberto,

democrático, construtivo e respeitoso entre usuários e funcionários do sistema, para eleger - de forma democrática e por meio de voto - os delegados regionais que representarão as propostas de ações regionais sobre as políticas da saúde em âmbito municipal, as quais serão votadas e aprovadas na Conferência Municipal de Saúde anual, sempre em busca de impulsionar, reafirmar a efetividade dos princípios do SUS garantidos na Constituição Federal - artigos 196 a 200, em especial o artigo 198 inciso III e na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e DL 7508/12 e Lei 8142/90 e LC 141/12. Também define as diretrizes e prioridades para as políticas de saúde baseadas na constitucionalidade da Seguridade Social, associadas aos Direitos Humanos e fortalece o controle social no SUS garantindo formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas das Conferências Municipais de Saúde anuais.

Fortalecido pela questão norteadora desta tese - em especial, gerar subsídios para a formulação de políticas públicas contrárias à medicalização da educação e da sociedade e favoráveis do assumir de corresponsabilidades sociais e políticas -, participei da Pré Conferência Municipal da Saúde Regional Vila Maria-Vila Guilherme e da 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo 2013, realizadas nos dias 25 e 31 de agosto de 2013, no temário III Saúde Mental: Construindo uma Política Intersetorial de Saúde Mental na cidade de São Paulo com enfoque na Seguridade social e Direitos Humanos, tendo como referencial a III Conferência Municipal de Saúde Mental Eixo I Seguridade Social e Direitos Humanos, tópico 6 (anexo 8) e propus o seguinte tópico para votação: *“Buscar propostas de políticas públicas que cuidem da demanda de queixa escolar de forma coletiva e não medicalizante a fim de não culpabilizar, patologizar ou vitimizar a criança e/ou família”*. Após votação foi aprovada com a alteração do texto para: *“Promover políticas públicas que priorizem de forma coletiva e interdisciplinar a prevenção e promoção da saúde do escolar”*; aprovada por unanimidade na 17ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo 2013, foi um fator importante para que a gerente da nossa unidade, também participante do evento, permitisse a efetivação da nossa proposta-intervenção no PSE 2014.

A partir de 22 de fevereiro de 2014 estreitaram-se as relações intra e interinstitucionais Educação e Saúde, pretendidas graças ao Projeto Saúde na Escola (Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008), já explanado anteriormente com mais detalhes. Esse projeto, que visa a atender 4.255 alunos da região de Vila Maria-Vila Guilherme, envolve o trabalho intersetorial da Coordenadoria Regional Norte de Saúde e Diretoria Regional de Educação Jaçanã/Tremembé, e interinstitucional de 6 UBSs e 8 EMEFs. Desse montante, a Unidade Básica de Saúde à qual pertencço fica responsável pelo atendimento de 630 alunos.

Foi indicado à gerente da Unidade um modelo-piloto de ação/intervenção para atendimento público municipal à demanda de queixa escolar do ensino fundamental que sugeria abordar a referida demanda com recursos não-medicalizantes, não culpabilizantes nem patologizantes da criança, da família e da escola. Por meio de um diálogo intersetorial educação-saúde em busca de propostas que contribuam para o aprimoramento dos processos de prevenção de queixas escolares e de promoção da saúde escolar, buscamos explorar possíveis formas de otimizar as relações intra e interinstitucionais para atingir os objetivos pretendidos.

Utilizando-se instrumentos metodológicos da Rede de Atenção à Saúde já existentes, foi promovido um Projeto Terapêutico Singular (PTS) denominado “Núcleo de Apoio à Saúde Educacional” como proposta de intervenção piloto a ser aplicada no componente II de Saúde Mental do PSE (2014), a fim de buscar a prevenção da queixa escolar e promoção da saúde escolar a partir da promoção da saúde educacional, por meio da corresponsabilidade de ações realizadas no complexo Escola-Unidade Básica de Saúde e usuários dos sistemas.

Tal ação demanda a participação de uma equipe transdisciplinar envolvendo clínicos, pediatras, neurologista, psicólogo escolar, pedagogo, fonoaudiólogo, nutricionista e assistente social, que, baseados nos relatórios pedagógicos institucionais encaminhados pelas escolas municipais, busquem, de modo cooperativo com os coordenadores pedagógicos das escolas envolvidas, mapear fatores de risco, promover ações que gerem melhorias à saúde escolar e reduzam a demanda de tais atendimentos graças à otimização do diálogo estabelecido entre Escola, Unidade Básica de Saúde e Usuários dos sistemas.

O modelo atual de atendimento caracteriza-se por uma cadeia hierárquica vertical e piramidal, cuja base se encontra na criança com queixa escolar e família. Na porção intermediária da pirâmide estão a escola, que encaminha relatórios pedagógicos cuja tônica recai, via de regra, em discursos que culpabilizam, vitimizam e patologizam a criança e sua família e contribuem para que a cúspide da pirâmide - neurologistas, neuropediatras, psiquiatras - atuem do mesmo modo como vêm atuando.

Figura 9- Cadeia hierárquica vertical e piramidal

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE), proposto por esta tese, inviabiliza a permanência do sistema hierárquico vertical: ele supõe um sistema horizontal, flexível, sem distinções hierárquicas, favorável à comunicação intersetorial educação-saúde-usuários do sistema. Tem por objetivo o entendimento da demanda de queixa escolar e busca desenvolver ações preventivas sobre esta demanda e promotoras da saúde escolar de nossas crianças. Esse modelo pode ser graficamente representado do seguinte modo:

Figura 10- Diagrama do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) tendo como núcleo central de atendimento a demanda de queixa escolar

Ao tomar conhecimento dessa proposta de ação, a gerente da UBS demonstrou interesse e agendou para o dia 8 de setembro de 2013 uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental da região, também sob gestão da Organização Social que é atualmente igualmente gestora da Unidade Básica de Saúde na região norte Vila Maria - Vila Guilherme.

A reunião, realizada na sede administrativa da OSS, teve por pauta o Programa Saúde na Escola a ser instituído em 2014 em todo o município de São Paulo. As propostas de ação de saúde nas escolas abordaram os seguintes temas: Saúde Ocular, Saúde Sexual Reprodutiva, Avaliação Antropométrica, Alimentação Saudável; Saúde Mental, Direitos Humanos, Álcool e Drogas; Cultura da Paz, Saúde Bucal, Vacinação, Promoção de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável e Promoção de Práticas Sustentáveis.

Depois da reunião com a Coordenação de Saúde Mental da OSS e em consenso com a gerência da UBS, optamos pela inclusão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE) no PSE (2014) na temática Saúde Mental, Direitos Humanos e Álcool/Drogas, componente II (anexo 7).

Com caráter optativo e visando a atuar na prevenção das demandas de queixa escolar e promoção da saúde escolar, esse Projeto Terapêutico Singular (PTS) inclui entre suas tarefas o mapeamento, ordenação e levantamento de propostas interdisciplinares que propiciem uma ótica crítica e reflexiva no atendimento à demanda, de forma não medicalizante, não culpabilizante e não patologizante da criança, família e escola.

Visando à melhoria do diálogo intersetorial educação-saúde, pretende aumentar a eficiência, eficácia e efetividade das ações de prevenção da demanda e de promoção da saúde escolar a ser realizada conjuntamente pela Unidade Básica de Saúde, pela Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) e usuários dos sistemas na região norte Vila Maria - Vila Guilherme do município de São Paulo. Foi prevista a data de 22 de março de 2014 para o início da intervenção, após acolhida bastante satisfatória pela direção da EMEF e pela Coordenação Regional de Educação, que solicitou a extensão dessa intervenção a outras escolas da região, o que foi sabiamente recusado pela gerente da UBS, cujo discernimento permitiu constatar que temos em mãos um PTS piloto de intervenção ainda sujeito a múltiplas e sucessivas avaliações.

Paralelamente à elaboração da proposta, dei início à formação de um grupo de ação multidisciplinar, adotando como primeira providência estabelecer contato com profissionais que atuam no âmbito universitário, em serviços-escola, com experiência na área de Psicologia Escolar e Educacional. Embora bem acolhida, a proposta foi considerada um processo em

estado ainda embrionário, e as professoras consultadas dispuseram-se a oferecer apoio técnico-científico para seu aprimoramento.

Para efetivação da proposta, busquei apoio junto à Coordenação de Estágios em Psicologia Escolar de uma universidade privada, dada a impossibilidade de efetivar ações sem a participação de profissionais da Psicologia, ou de alunos quintanistas de Psicologia que pudessem operar sob supervisão de um psicólogo cadastrado no Conselho Regional de Psicologia.

Conversei com o professor e, em comum acordo, agendamos reunião com os docentes da EMEF para os dias 11 de março de 2014, período matutino (12h30min), e 26 de março de 2014, período vespertino (18h00min), para lhes apresentar a proposta de ação. As reuniões seriam realizadas nos períodos de mudança de turno docente, pois os professores cumprem dupla jornada de trabalho em busca de salário digno. Além disso, se marcássemos as reuniões em outros horários dificilmente contaríamos com a presença deles, como explicitado pela diretora do colégio. Uma síntese da proposta apresentada ao corpo docente e aos coordenadores pedagógicos foi formulada graficamente do seguinte modo:

Figura 11- Processo de trabalho a partir da Microárea Jaçanã

Infelizmente, às vésperas das reuniões, o referido supervisor de estágios em Psicologia Escolar comunicou seu desligamento do projeto, dada a ausência de estagiários de Psicologia Escolar na Universidade em que é supervisor. Quando a gerente da UBS tomou conhecimento do fato, manifestou profundo descontentamento, uma vez que o Programa Saúde na Escola já

estava em andamento. Depois disso, proibiu a presença de estagiários no PSE (2014) e determinou que o processo permanecesse sob minha coordenação e sua supervisão. Somente aceitou a coordenação científica que pudesse ser oferecida pelo LIEEP (Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar) e pelo GIQUE (Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar) da Universidade de São Paulo-USP. Durante a reunião interdisciplinar, realizada no dia 24 de março de 2014, foram definidas as frentes de ação da Equipe UBS na EEFM de São Paulo, conforme descrito a seguir.

Diante da ausência de estagiários de Psicologia Escolar, a gerente solicitou a participação da psicóloga da UBS, já sobrecarregada das atividades da UBS, no Projeto Terapêutico Singular, com assessoria científica das instituições acima referidas, quando se fizesse necessário.

No dia 07 de julho de 2014, o neurologista (pesquisador) e a psicóloga da UBS deram início às oficinas de vivência. Dos 71 alunos indicados pela diretora, seriam avaliados somente os realmente necessitados da abordagem de oficinas de vivência. Como teste piloto, foram criados dois grupos de três alunos, reunidos, respectivamente, às segundas e quartas-feiras da semana, durante 30 dias.

Nesta atividade, foi proposta a realização na instituição de um conjunto de, inicialmente, três oficinas de vivência para um total de seis crianças, divididas em dois grupos de três, com idade entre 7 a 10 anos. Cada oficina teve a duração de 1 hora e 15 minutos, uma vez por semana, eleitas as segundas e quartas-feiras da semana. O objetivo foi estabelecer, inicialmente, uma relação vincular com cada aluno para, a partir desta experiência, possibilitar uma potencialização de recursos internos e desconstrução da demanda de queixa escolar a fim de permitir uma nova aproximação com os processos educativos.

As oficinas foram constituídas por três momentos: Acolhimento (abertura da oficina), Desenvolvimento (realização de uma atividade utilizando recursos expressivos e/ou midiáticos) e Fechamento (conversa em roda sobre a atividade proposta e troca em grupo de informações sobre as experiências vivenciadas).

No dia 07 de julho de 2014, realizamos a primeira oficina com as crianças: elaboração dos crachás, construção coletiva e registro em cartolina das regras do grupo e marcação do tempo. O objetivo desse primeiro encontro foi a apresentação do grupo, da nossa proposta de oficinas e a construção de vínculo com os alunos. Para a apresentação do grupo organizamos as crianças e pedimos que cada aluno dissesse seu nome, o que mais gostava de fazer e o que achava que seriam os nossos encontros. Nós nos apresentamos ao grupo 1, dois meninos e uma menina; uma vez que, por falta de quórum, o grupo 2 não conseguiu ser formado.

Convidamos os alunos para a elaboração coletiva das regras que iriam organizar nossos encontros e, em seguida, confeccionamos os crachás (nessa atividade, percebemos que a maioria das crianças sabia escrever seu nome em letra de forma); com esta atividade, buscou-se a identidade pessoal dentro do coletivo e o reforço da autoestima; aos poucos, aos que ainda não sabiam escrever seu nome, pedimos que se representassem como um bicho do reino animal com o qual se identificassem. No fechamento, avaliamos com o grupo este primeiro encontro - todos se mostraram bastante satisfeitos, expressaram felicidade nas suas faces, com muitas expectativas em relação as outras oficinas, e disseram que gostariam de brincar com jogos no próximo encontro.

No dia 14 de julho de 2014 realizamos a segunda oficina e brincamos com massa de modelar. O objetivo desta foi promover a leitura e a escrita das crianças a partir do estímulo tátil. Pedimos que elas escolhessem um desenho, dentre alguns previamente escolhidos por nós (bola, flor e dado), que modelassem a figura e tentassem escrever, de preferência por extenso, o nome da figura modelada; depois, com olhos vendados e, passando a mão sobre as letras, fizessem a leitura por meio do estímulo tátil. Esta etapa da oficina propicia o desenvolvimento neurofisiológico da audição, oralidade e percepção da escrita fina por meio do estímulo tátil, fundamentando-se em autores que acreditam que as experiências ocorridas na vida cotidiana são registradas de forma multissensorial, integrada e unificada (KING, CALVERT;2001) e que, segundo Rocha (1999) e reafirmado por Jacobovicz e Cupello (1996), estão envolvidos na escrita o polo receptivo visual (cópia) no córtex visual primário, o polo receptivo auditivo (ditado) no giro temporal transversal superior e inferior da córtex auditiva primária e secundária, e o polo expressivo tátil (escrita) no córtex parietal, no giro pré-central, em associação com a área pré-motora da córtex frontal (concentração, atenção e juízo moral). Criar estímulos multissensoriais pela supressão do estímulo visual e potencialização do estímulo tátil e auditivo dos fonemas pode promover uma melhoria a médio e longo prazo da concentração, percepção, escrita fina e audição.

No dia 21 de julho de 2014 realizamos a terceira e última oficina. O objetivo desta primeiramente era promover uma pescaria entre as crianças e os pais e/ou responsáveis, que confeccionariam os peixinhos recortados em cartolina e imprimiriam nesta características de sua personalidade que mais gostavam e que não gostavam; eles explicariam o porquê do gostar e do não gostar, depois promoveríamos uma pescaria coletiva em que se leriam em voz alta as características dos peixes fígados, identificando-se a pessoa pela sua personalidade impressa no recorte; caso as crianças não conseguissem ler, poderiam ter ajuda dos pais e/ou responsáveis. Procurou-se com esta oficina estreitar os vínculos de relacionamento pais e/ou

responsáveis e filhos (as), que reconhecessem as qualidades a elas atribuídas, de que tentassem escrever o nome, sendo que cada dupla escreveria e leria em voz alta a qualidade do outro, para podermos verificar em qual nível de aprendizagem se encontravam e reforçarmos vínculos de afetividade, autoestima e coletividade entre eles.

Como complemento a tal proposta, estimular as oficinas de vivência, promovidas pela psicóloga da UBS, para discutir temas de variados interesses de acordo com a vontade dos alunos, para que possam expressar suas necessidades intrínsecas sócio afetivas-espirituais. Em uma das oficinas de vivência realizada na escola foi discutida a perda; segundo relato da psicóloga da UBS, veio a pauta desde a perda do celular até a perda do avô; foi concluído pelo grupo por ela coordenado que, embora as perdas tivessem representatividade emocional diferente, de um objeto a uma pessoa, nenhuma delas era menos importante que a outra, e terminou-se a oficina de vivência com um abraço coletivo e solidário aos que vivenciaram suas perdas.

Ainda sobre as oficinas de vivência, elas despertam novas experiências, curiosidade, imaginação e prazer em aprender, que favorecem o autoconhecimento (SANTOS, 2014); foi proposto à gerente de nossa UBS que, juntamente com a professora de artes e psicóloga da UBS, fossem feitos pufes a partir de garrafas pet e que os alunos personalizassem esses seus produtos e, literalmente, “invadissem” a escola, com consentimento prévio da diretoria; em cada habitat “invadido” discutiríamos assuntos pertinentes ao espaço; exemplo - ao invadirmos o refeitório, poderíamos levar a nutricionista da UBS que coordenaria o diálogo sobre o tema “Nós somos o que comemos”, e juntamente com professores de geografia, biologia - de forma interdisciplinar , transversal e linear - poderiam ser discutidos assuntos como vegetais, condições climáticas e ação dos alimentos no nosso corpo, além de imprimir pela experiência dos pufes a questão da personificação das características individuais dentro da coletividade e a importância da biosustentabilidade. Se desse certo na escola, “invadiríamos” a praça local e convidaríamos a comunidade, em especial os pais, para construir seus pufes e a participar desta invasão coletiva e ordenada a fim de levantar discussão a respeito de direitos e deveres de cidadania em prol da melhoria da escola e bairro em que vivem. Seria promovida na prática a desescolarização da escola, proposta por Illich (1971), como seu texto abaixo na íntegra. Infelizmente, por dificuldades operacionais e falta verbas, isto não pôde ser realizado.

A educação universal por meio da escolaridade não é possível. Nem seria mais exequível se se tentasse mediante instituições alternativas criadas segundo o estilo das escolas atuais. Nem novas atitudes dos professores para

com os seus alunos, nem a proliferação de novas ferramentas e métodos físicos ou mentais (nas salas de aula ou nos dormitórios), nem mesmo a intenção de aumentar a responsabilidade dos pedagogos até ao ponto de incluir a vida completa dos seus alunos, teria como resultado a educação universal. A busca atual de novos canais educativos deverá ser transformada na procura do seu oposto institucional: redes educativas que aumentem a oportunidade de cada um transformar cada momento da sua vida num outro de aprendizagem, de partilha e de interesse. Acreditamos estar a contribuir trazendo os conceitos necessários a quem realiza tais investigações sobre as grandes linhas na educação – e também para quem procura alternativas para outros tipos estabelecidos de serviços.

“No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho”; no dia 23 de abril de 2014 teve início o processo de greve da rede municipal de educação da cidade de São Paulo, com reivindicação de melhoria de condições de trabalho e salário, direito adquirido. Durou 42 dias, com obtenção parcial das reivindicações levantadas; houve retorno às aulas em 03/06/2014.

Associada a este percalço, a UBS entrou em reforma, a qual durou de junho a novembro de 2014, de toda infraestrutura operacional e física, sem espaço físico para desenvolver as oficinas, e, pela sobrecarga de trabalho já assumido na UBS, o PTS NASE teve baixa da psicóloga e da assistente social, tendo sido realizadas somente as ações de 1 a 4 da proposta intervenção; quando, em janeiro de 2015, fui propor à gerente da UBS reiniciamos o projeto para terminar as intervenções propostas, fui informado pela gerente local de que não havia interesse da OSS em prosseguir com PTS NASE no PSE 2015, por acreditar não ter atendido às metas propostas, por redução de funcionários, sobrecarga de trabalho, dificuldades operacionais e deslocamento dos funcionários do AMA especialidades - no qual eu trabalho - para o Hora Certa Vila Guilherme, fato este que não aconteceu até o momento.

Neste capítulo 5 foi discutida a possibilidade de criação de uma Proposta de Ações Intersetoriais Educação-Saúde frente à Demanda de Queixa Escolar em uma perspectiva não medicalizante. Ainda, evidenciou-se a importância do método Paidéia (Campos, 2000) na formulação teórica da proposta aventada. O capítulo finaliza com o trajeto e as representações gráficas da proposta de intervenção PTS (Projeto Terapêutico Singular) “NASE” no atendimento à demanda de queixa escolar no PSE (2014).

CAPÍTULO 6 - Resultados e discussão

Em abril de 2014 foi solicitada à Coordenadora Pedagógica da EEFM da Zona Norte uma relação dos alunos com provável queixa escolar. Esta lista só foi entregue em junho de 2014 (anexos 8 e 9); o relatório do anexo 9 era composto por turma, nome do aluno e a queixa escolar, no total de 71 alunos do ensino fundamental com queixa escolar.

Gráfico 1- Queixa escolar gênero segundo coordenadora

Gráfico 2- Queixa escolar grau de escolaridade segundo coordenadora pedagógica

Assim, do total de 71 crianças (100%) com provável queixa escolar desta EEFM da Zona Norte em São Paulo, relatados no módulo II Saúde Mental do Programa Saúde na Escola (2014) foi possível concluir que 74,63% das queixas escolares ocorrem nos primeiros três anos nessa EEFM da Zona Norte, segundo avaliação da coordenadora pedagógica.

Quanto às queixas escolares levantadas pela Coordenadora Pedagógica, os 71 alunos relacionados foram assim classificados: 26 (36,6%) tinham dificuldades de aprendizagem, com predomínio em escrita, leitura, compreensão e interpretação, sendo 61,53% do sexo masculino e 38,47% do feminino; 15 (21,12%) apresentavam alteração comportamental, em que 73,3% eram do sexo masculino e 26,7%, do sexo feminino; 11 (15,49%) mostravam hiperatividade e agitação psicomotora, sendo 100% do sexo masculino; oito (11,26%) tinham hipoacuidade visual; sete (9,85%), déficit de atenção; seis (8,45%), déficit intelectual; seis (8,45%), problemas familiares; cinco (7,04%), gagueira e problemas de fala; três (4,22%), autismo; três (4,22%), dislexia; três (4,22%), disgrafia; dois (2,81%), transtorno obsessivo compulsivo; um (1,40%), deficiência no aparelho gênito-urinário.

Gráfico 3- Pré diagnóstico mais frequente de queixa escolar segundo coordenadora pedagógica

No anexo 8 acham-se reunidas as fichas de observação dos alunos, enviadas à Coordenadora Pedagógica pelas professoras. As fichas eram compostas pelos seguintes itens: queixa/diagnóstico, preocupação maior da equipe quanto à queixa escolar, descrição do aluno quanto a aspectos de relacionamento, leitura, escrita, compreensão geral e raciocínio lógico, recursos utilizados, informações pessoais e de sua família e opinião dos familiares sobre a queixa escolar.

Apresentam um viés de informação ou interpretação, pois o formulário de classificação das possíveis queixas dos alunos (anexo 9), feito pela própria coordenadora, não se confirma nas 26 fichas de observação dos alunos pelos professores: houve uma diferença de 45 (36,61%) fichas de alunos avaliados pela coordenadora pedagógica em relação às fichas de observação dos alunos pelas professoras.

Gráfico 4- Queixa escolar gênero segundo docentes

Gráfico 5- Queixa escolar grau de escolaridade segundo docentes

Houve diferença quanto ao total de alunos com queixa escolar e grau de escolaridade enviado pela coordenadora pedagógica; 71 alunos com queixa escolar da primeira à quinta ano do ensino fundamental (ciclo I) e 26 alunos por parte dos professores, sendo 13 (50%) as fichas de observação do aluno do ciclo I e 13 (50%) do ciclo II.

Ou o pesquisador não se fez compreendido durante a palestra de apresentação da proposta de intervenção, ou os professores, por sobrecarga profissional e motivos diversos, não conseguiram realizar a tarefa proposta, diante do fato de que a maior parte dos professores que se encontravam na reunião era do ciclo I do ensino fundamental (quinto ao nono ano), mesmo tendo sido realizada a palestra na mudança de turno, para atender às necessidade dos turnos matutino e vespertino e mesmo havendo sido perguntado se restavam dúvidas sobre a explanação. Provavelmente, prevalece a segunda alternativa, fato evidenciado pelos dados que indicam dificuldade de diálogo intrainstitucional na escola pesquisada.

Mas, observando atentamente o anexo 8, conclui-se que das queixas escolares das 26 fichas de observação mais frequentes:

Gráfico 6- Pré diagnóstico mais frequente de queixa escolar segundo docentes

Esses dados, devido ao viés de aferição, não se assemelham aos dados obtidos pela coordenadora pedagógica do ponto de vista percentual, por diferença de amostragem. Houve, porém, similaridade quanto às queixas escolares predominantes: a dificuldade de aprendizagem é de 36,6% na amostragem da coordenadora (71 alunos do ciclo I) e de 80,76% na amostragem dos professores (26 alunos, sendo 50% do ciclo I e 50% do ciclo II), ambas com predomínio de dificuldades na escrita, leitura, compreensão e interpretação de textos. Quanto às alterações de comportamento, foram 21,22% na amostragem da coordenadora e 73,07% na amostragem das professoras. Isto permite observar que, embora tenha ocorrido um

viés de aferição, houve predomínio das dificuldades de aprendizagem e alterações de comportamento. Se nos primeiros três anos do ensino fundamental houver intervenções do psicólogo escolar, como oficinas de vivência, assim como entendimento dos anseios e expectativas dos docentes e discentes frente ao processo de escolarização, poderemos promover a saúde escolar a médio e longo prazo e reduzir percentualmente as queixas escolares referentes a dificuldades de aprendizagem. Contribuiremos também para diminuir vícios comportamentais adquiridos durante este período.

Tarasconi, Miranda e Scortegagna (2007), observaram em sua pesquisa 674 (17,3%) cadastros, do total de estudos epidêmicos de transtornos mentais na infância, adolescência e idade adulta. Destes, 404 (59,9%) pertencem ao sexo masculino e 270 (40%), ao sexo feminino, advindos de quatro ambulatorios de saúde mental pública de referência estadual de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, encaminhados por creches e escolas públicas. A faixa etária do estudo era de 0 a 12 anos. Entre os meninos houve predomínio dos Transtornos de conduta (F 91) em 56 casos (13,8%), seguidos de Reações a estresse grave e Transtornos de ajustamento (F 43), em 52 casos (12,8%) e das Doenças do Sistema Nervoso - Lesão cerebral por anoxia (G 93.1), em 33 casos (8,1%). Nas meninas, os quadros de Reação a estresse grave e Transtornos de ajustamento (F43), diagnosticados em 55 casos (20,3%), apresentaram maior incidência, seguidos dos quadros de Transtornos de conduta (F 91), em 33 casos (12,2%), e dos Transtornos mistos de conduta e emoções - Transtorno depressivo de conduta (F 92.0), com 33 casos (12,2%), de origem - na grande maioria - de vivências adversas familiares (Z63), cuja maior incidência ocorria aos sete anos no gênero masculino e aos 11 anos, no feminino. No estudo presente, observou-se uma faixa etária de sete a onze anos de idade, em processo de escolarização; quanto ao gênero, nas meninas predominam os fatores estressores (F41.0), e nos meninos, os transtornos de conduta (F 91).

Na pesquisa aqui descrita, observa-se levantada sobre as queixas escolares, relacionadas pela Coordenadora Pedagógica, dos 71 alunos avaliados, 15 (21,12%) tinham alteração comportamental, sendo 73,3% do sexo masculino e 26,7% do feminino; 11 (15,49%) apresentavam hiperatividade e agitação psicomotora, em 100% do sexo masculino. Já nas 26 fichas de observação do aluno, 19 (73,07%) apresentavam alteração de comportamento, sendo 19 (89,47%) do sexo masculino e 2 (10,52%) do feminino - estatisticamente distante do gênero do levantamento de Tarasconi, Miranda e Scortegagna (2007), em que foi evidenciado do grupo de 674 (17,3%) cadastros, do total de estudos epidêmicos de transtorno mentais na infância, adolescência e adultos, 404 (59,9%) pertencentes ao sexo masculino e 270 (40%) ao feminino, de ambulatorios de saúde mental

pública de referência estadual, encaminhados por escolas públicas. Dos dados de quatro instituições de atendimento, as crianças revelaram, em ambos os sexos, que a maior incidência ocorreu no diagnóstico de Reação a estresse grave e Transtornos de ajustamento (F 43) - em 107 (15,8%) casos -, sendo que 52 (12,8%) pertencem ao sexo masculino e 55 (20,3%), ao sexo feminino. Considerando-se ambos os sexos, predominaram os Transtornos de conduta (F 91), em 89 (13,2%) casos, e os Transtornos mistos de conduta e emoções (F 92), com 64 (9,4%) casos. Estatisticamente, contudo, os dados da tese proposta não correspondem ao estudo acima apresentado, provavelmente pelo N das pesquisas, faixas etárias de estudo; chama atenção predominarem as alterações de comportamento, principalmente na faixa etária de sete a 11 anos, em crianças em processo de escolarização.

Observa-se que há uma tendência, fortalecida pelo DSM V (2013), a patologizar e biologizar a vida. Com estes dados, simples variações filogenéticas e hormonais da normalidade quanto ao gênero são documentadas em uma “sopa de letras e números”, que transforma questões referentes ao processo de escolarização, do âmbito único e exclusivo da educação, em diagnóstico de transtornos epidemiologicamente quantificáveis e potencialmente tratáveis do ponto de vista medicalizante.

Em busca de uma ótica não medicalizante, os dados coletados evidenciam uma alteração hormonal compatível com a normalidade na idade da puberdade e adolescência, principalmente quanto ao gênero feminino, uma vez que a maior produção de hormônios do eixo hipotálamo hipofisário faz com que haja produção de hormônios da adeno-hipófise que estimulam a produção de estrógeno e progesterona nas gônadas sexuais femininas e testosterona nas gônadas sexuais masculinas. Associado à neuro-hipófise, há um aumento de produção de corticotropina, que estimula o aumento do hormônio sistêmico adrenocorticotrófico, responsável pelo crescimento, e a suprarrenal passa a produzir maior quantidade de cortisol, responsável pelo stress, associado às questões comportamentais do meio em que se vive, no qual teremos que aprender com experiências socioafetivas positivas e negativas. Temos assim o substrato fisiológico e ambiental ideal para a formação do período puberdade/adolescência.

Conclui-se não se tratar de um transtorno de humor ou distúrbio de comportamento, mas, sim, de um processo natural pelas expectativas do eu enquanto indivíduo diante do processo coletivo da escolarização. A partir do olhar sobre a demanda de queixa escolar, direcionaremos as ações de forma não medicalizante, em respeito ao indivíduo e voltadas para a melhoria do processo de escolarização, sempre sob a visão da educação, sobre a

coordenação do NAAPA, tendo a saúde como ponte transponível e de comunicação para este processo.

Os dados levantados nesta tese conduzem com os dados apresentados por Bueno et al. (2001), que ressaltam o predomínio das dificuldades de aprendizagem e alteração comportamental nas queixas escolares e divergem parcialmente do trabalho de levantamento - de 104 prontuários de crianças de 6 a 12 anos e 11 meses de idade, que demandaram, no segundo trimestre do ano de 2005, a área de saúde mental de sete Unidades Básicas de Saúde da zona norte do município de São Paulo, no qual Braga e Moraes (2007) relacionam que as queixas mais associadas a dificuldades de aprendizagem/atraso escolar foram problemas de concentração/atenção (18,7%), agitação e inquietude (9,3%) e hiperatividade (8%). Na tese proposta, houve predomínio da alteração comportamental (21,22%) e hiperatividade e agitação psicomotora (15,49%), viés de interpretação da demanda que se explica pela avaliação a partir dos relatórios pedagógicos de um estudo de caso em uma escola EEFM da Zona Norte, na visão da Coordenadora Pedagógica e não triada pela UBS local.

Em termos estatísticos, os dados se aproximam do trabalho de Lima et al (2006), em que, na análise de uma amostragem de 100 crianças, de ambos os sexos, média de 8 anos e 8 meses, avaliadas por uma equipe multidisciplinar do Laboratório de Pesquisa em Distúrbios, Dificuldades de Aprendizagem e Transtornos da Atenção DISAPRE/FCM/UNICAMP. Ficou evidenciado neste estudo que as queixas escolares mais frequentemente presentes eram: dificuldades de aprendizagem (46%), dificuldades de atenção e memória (19%) e desvios comportamentais (15%). Quanto aos diagnósticos das supostas patologias, predominaram os distúrbios de aprendizagem (21%) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (9%). Não estatisticamente, mas quanto à frequência das queixas evidenciadas pela Coordenadora Pedagógica da escola, houve incidência de pré-diagnósticos de hiperatividade e agitação psicomotora (15,49%) e déficit de atenção (9,85%), com predomínio de 70% no trabalho do Laboratório de Pesquisa em Distúrbios, Dificuldades de Aprendizagem e Transtornos da Atenção DISAPRE/FCM/UNICAMP e 61,53% na classificação de possíveis pré-diagnósticos pelos relatórios enviados pela coordenadora pedagógica da EEFM da Zona Norte de São Paulo.

O DISAPRE/FCM/UNICAMP, por intermédio do CIAPRE (Centro de Investigação de Atenção e Aprendizagem), promove cursos de “Problemas de aprendizagem e de comportamento na escola: Como identificar e intervir” e a rede matricial CAPS infantil do município de São Paulo treina os professores e coordenadores pedagógicos a pré-diagnosticar TDAH pelo SNAP-IV. Estas demandas, se encaminhadas a especialistas da área de

neurologia e/ou psiquiatria estarão sujeitas, em grande maioria, à judicialização, culpabilização, patologização e vitimização dos alunos e suas famílias (GUARIDO, 2010; PATTO, 1993). Encaminhamentos desse tipo contribuem à manutenção do biopoder de especialistas em saúde mental- psiquiatras, neurologistas, psicólogos e enfermeiros – que ao convocarem biopolíticas (DSM-V, 2013) elegem como ação interventiva a medicalização e a biologização da sociedade (ESPÍRITO SANTO, 2013), perpetuando assim o conceito de obras como “A taxa da mais valia” (MAX, 1996), A exclusão dos "incluídos" (FACCI; TULESKI; MEIRA, 2011), e gerando uma vigilância normatizante da sociedade que exclui e sanciona os diferentes (FOUCAULT, 2005).

Pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), proposta de intervenção Núcleo de Apoio à Saúde Educacional (NASE), na figura de pesquisador e neurologista participante desta proposta, observa-se prevalência de fatores como dificuldade de aprendizagem (36,6%), alteração comportamental (21,2%), hiperatividade e agitação psicomotora (15,49%), déficit de atenção (9,85%), na maior amostragem de relatórios elaborados pela coordenadora pedagógica, fundamentado teoricamente em uma neurofisiologia da aprendizagem não medicalizante, na qual a emoção acha-se intimamente associada à memória, ou seja, ao contexto em que é vivida na experiência (DAMÁSIO, 1995) e as leis naturais do comportamento se baseiam nas leis estímulo-reação.

Há uma dependência entre essas duas leis em relação diretamente proporcional, ou seja, todo estímulo gerará um potencial de ação (visual, olfativo, tátil, gustativo, cognitivo e/ou límbico), por meio do qual as experiências vivenciadas produzirão reações negativas e/ou positivas, impregnando-se, sempre, a memória comportamental e afetiva (VYGOTSKY, 1991) e respeitando-se a teoria do ritmo circadiano, conforme Marques e Mena Barreto (2003), na qual o relógio interno do corpo humano localiza-se no núcleo supraquiasmático no hipotálamo e está intimamente relacionado acima com a glândula pituitária. Esta glândula é responsável pela homeostase cerebral (equilíbrio interno do corpo humano) a partir da produção dos hormônios adrenocorticotropina e cortisol na corrente sanguínea, e então temos o despertar (HERULANO-HOUZES, 2002).

Segundo Lara (2006, p. 80), são moduladores da raiva e do medo e, em indivíduos hipertímicos, irritáveis e ciclotímicos, os corticosteroides em excesso podem induzir a características de agitação e agressividade devido a seu efeito ativador sobre a atividade dopaminérgica. Produzem também efeito crônico e prolongado que pode trazer sensações de depressão. Em respeito ao ritmo circadiano e em busca de uma boa homeostase cerebral, a

escola pode criar um ambiente saudável que propicie uma experiência afetiva emocional positiva e estimule a concentração e a melhora na capacidade cognitiva.

Na prática, propõe-se, antes de iniciar as atividades pedagógicas, introduzir técnicas de Tai Chi Chuan por 30 minutos, medicina tradicional chinesa já presentes nas UBS como tratamento alternativo para ansiedade e depressão. Poderiam ser utilizadas de forma não medicalizante, com vistas ao autocontrole das emoções, melhoria da concentração e cognição.

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA,1995), estima-se que os Transtornos do Desenvolvimento do Aprendizado representem uma prevalência de 5 a 10%, variando segundo DSM-V (2013), desde transtornos do aprendizado, leitura, matemática, da expressão escrita, habilidades motoras, do desenvolvimento da coordenação, da comunicação, linguagem expressiva, misto da linguagem receptivo-expressiva, fonológico e tartamudez (gagueira). Esta avaliação é feita por psicopedagogos por meio de testes que conferem o processamento da informação a nível cerebral, procurando avaliar o receber e assimilar da informação (input), armazenamento da informação, a compreensão da informação, capacidade de recuperação da informação (memória) e, por fim, como se dá a comunicação extrínseca desta informação pelo aluno (a) (output) (ASSUMPÇÃO, 2009).

O autor esquematiza na figura abaixo as causas mais frequentes de Transtornos de Aprendizado e/ou Conduta:

Figura 12- Transtorno de aprendizado ou conduta segundo Assumpção (2009)

Primeiro, observa-se uma tendência a transformar o que são variações individuais da normalidade na coletividade em transtornos de aprendizado e/ou conduta, procurando uma

visão organicista, individual e patologizante a partir do DSM-V (2013); culpabilizam-se pelos problemas a criança, a família e/ou escola, sem se ter visão integral de como se dá esta demanda da queixa escolar. Assim, propõe-se, por meio desta tese, apoiada pelo método Paidéia (2000), abolir a figura inerte dos “atores sociais” e “sujeitos históricos” do fracasso escolar para se assumir a figura cinética de “sujeitos epistêmicos” do sucesso escolar, respeitando-se e utilizando-se os instrumentos metodológicos da Rede de Atenção à Saúde, como na proposta intervenção NASE, na qual se podem utilizar os seguintes instrumentos de ação da RAS: acolhimento, atenção centrada na pessoa e família, equipe multiprofissional, clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS), projeto de saúde no território (PST), apoio matricial NASF, atendimento coletivo, estratificação do risco da demanda de queixa escolar, educação permanente. Com estes instrumentos - já presentes na Rede de Atenção à Saúde - e utilizando como ponte de interligação o PSE (2014), para futuramente servir de ponte de interlocução para real transferência dos processos de escolarização à educação, por meio dos NAAPAs, poderemos colocar em prática os ideais da Carta de Fortaleza (1995):

É possível vislumbrar metas comuns que valorizem a importância de ações intersetoriais e de promoção da saúde ao mesmo tempo em que seguir buscando formas autônomas e criativas para a ação integral à saúde (os grifos e negritos são do autor da tese) (...).

Pelo PTS NASE, a figura 1 acima seria assim representada:

Figura 13- Diagrama variação da normalidade no processo de aprendizagem segundo NASE

Em respeito à preservação da identidade dos alunos presentes na proposta intervenção, na apresentação dos resultados das oficinas de vivências nomearemos os meninos em: menino 1 (aquele com afeição por jogos virtuais), menino 2 (com problemas gastrointestinais e avó e mãe superprotetoras) e menina 1 (comunicativa, expansiva, bastante agitada e interessada).

Pela semiologia neurofisiológica na oficina I (07/07/2014), as crianças evidenciam ter um reconhecimento da própria identidade, boa sensibilidade esteroceptiva e proprioceptiva, coordenação motora fina e grossa preservadas e compatíveis com a faixa etária avaliada; porém, na identificação da individualidade dentro da coletividade evidencia-se uma expansividade exacerbada e lúdica da menina 1, a qual contribui para sua dificuldade de atenção e concentração em uma única atividade; ela era bastante interessada, coparticipou das atividades coletivas e se mostrou bastante curiosa quanto ao entendimento da oficina proposta. Os meninos 1 e 2 apresentaram uma personalidade de caráter introspectivo em graus diferentes; o menino 1, embora resistente, ao ser estimulado com perguntas referentes ao mundo virtual de jogos deu respostas inteligentes e propositivas, mas, se contrariado, se escondia em seu mundo virtual; o menino 2, embora evidenciasse uma curiosidade nas atividades propostas e bastante interesse individual, por ser uma criança de personalidade mais reservada ressonava as interações coletivas segundo sua temporalidade, podendo provocar em seu meio uma falsa impressão de apatia; às vezes sem reverberação e feedback frente às condições de adversidades gerando uma interpretação errônea de repressão emotiva, a qual, de forma indireta, pode surtir um stress diário por ter que se adaptar aos padrões de “normalidade” impostos pela sociedade; isto poderia contribuir para as variações fisiológicas do sistema gastrointestinal, com a consequência de uma falsa impressão de patologização do indivíduo.

Na oficina II (14/07/2014), todos evidenciaram as habilidades práxicas e motoras presentes na oficina I, mas as escolhas das figuras revelaram as preferências de gênero - enquanto a menina 1 escolheu a flor, os meninos 1 e 2 escolheram a bola; a menina evidenciou múltiplos interesses pelas figuras; após orientação da psicóloga de que deveria escolher somente uma, elegeu a flor, modificando várias vezes de local, e mostrou conhecimento das letras. Conforme seu entendimento, o menino 1 apresentou a figura tridimensionalmente e modelou a palavra corretamente em letra de forma; o menino 2 modelou a figura de forma mais periférica e não quis modelar a palavra bola.

Na oficina III (21/07/2014), infelizmente, ausentaram-se dois alunos; a menina, expansiva, comunicativa e participativa nas outras duas oficinas, faltou porque mudou-se de escola, devido à mãe estar insatisfeita com a metodologia. O menino 2 se submetia a vários

problemas: seus pais, por motivos profissionais, não podiam estar presentes nas oficinas; ele era criado e educado mais pela avó, que morava no mesmo terreno em que habitava o casal. Ela mantinha uma conduta superprotetora e, como a mãe, acreditava que o garoto era doente do sistema gastrointestinal, pois, por sua situação de stress, ele apresentava episódios de retenção e incontinência fecal do sistema retal. Ele não pedia para ir ao banheiro, o que lhe causava situação de vexame social. Ao ser comunicada desta situação, a avó o afastava do ciclo normal de aulas pelos supostos motivos de saúde. Tudo isto desenvolvia nesta criança baixa autoestima, introspecção, retenção das emoções e postura de submissão diante das dificuldades diárias de vida.

O único menino presente na última oficina era criado pelos pais; a mãe tinha iniciado um serviço pela manhã, e por este motivo quem o levava era o pai que, além desta criança, tinha três outros filhos de outra união; este pai trabalhava como pintor autônomo, já tinha sido preso duas vezes por roubo e receptação, por isto, foi ausente da criação do filho do segundo ao quarto ano de vida. A família tinha um bom padrão socioeconômico, de classe média. Cada quarto do domicílio tinha televisão, computador e *tablet*; o pai deu ao filho um *play station* de terceira geração, e o garoto não tinha limites de horário para usá-lo; preferia os jogos de violência e em muitas ocasiões se privava de sono para ficar jogando até de madrugada. Quando ia para a escola, adormecia sobre a carteira; quando era contrariado se escondia debaixo dela; durante o recreio, não aceitava perder nos jogos coletivos e se tornava violento com os colegas.

Durante esta oficina o menino 1 se mostrou bastante receoso e relutante a ter uma ação de brincadeira coletiva com o pai; ambos evidenciavam estar em um território que desconheciam, pois, a criança, ao sair do seu território virtual, encontrava dificuldade de trabalhar as relações afetivas com o pai, e este, ao sair da zona de conforto e comodidade do mundo virtual da criança, não conseguia criar um relação afetivo-social com o filho, embora evidenciasse cuidado e apreço por ele.

Resolvemos repetir a mesma oficina com o menino 1 no dia 28/07/2014 e acrescentamos à pescaria o jogo de memória de frutas; esta criança se mostrou participativa, comunicativa, bastante proativa, e reafirmou que não costumava brincar no mundo real (ir ao parque, jogar bola, passear no zoológico), dava sempre preferência a jogos virtuais.

Conclui-se que as crianças submetidas às oficinas de vivência apresentam, do ponto de vista neurológico, excelentes capacidades cognitivas, práxicas, sensibilidade estero e proprioceptivas normais, tônus e força normais, excelente coordenação motora e de equilíbrio;

do ponto de vista psicológico, observam-se variações da normalidade em relação às questões socioafetivas:

➤ A menina 1 - bastante interessada por múltiplos estímulos cognitivos e sensoriais, tende a dispersão e dificuldade de concentração em uma única atividade; avaliada pelo sistema atual, seria diagnosticada como TDAH (CID: F.90.0) e agitação psicomotora; provavelmente, seria iniciada conduta medicalizante com Metilfenidato pelo Psiquiatra do CAPS Infantil, oficinas terapêuticas e acompanhamento psicológico da criança e família. Pelo PTS NASE, observando esta demanda, foi solicitada à assistente social uma visita domiciliar que mostrou tratar-se de uma família grande, que morava em uma casa de área reduzida, sem privacidade. Não havia imposição de limites nem disciplina para as atividades escolares. Neste caso, devido ao interesse em aprender da criança, propõe-se o desenvolvimento de atividades lúdicas que estimulem a disciplina e a concentração, como jogos de memória, massa de modelar, atividades aritméticas sugeridas por jogos e atividades físicas que incentivem a disciplina e ordem nas tarefas; procurar, dentro das possibilidades da família, construir um espaço, mesmo que provisório, para que ela possa realizar as tarefas escolares em casa, respeitando a privacidade e individualidade do indivíduo, e a manutenção das oficinas de vivência.

➤ Menino 1 - apresenta as seguintes variações de comportamento: vício por jogos virtuais, birra, agressividade durante os jogos quando perde; pelos padrões atuais de tratamento, seria provavelmente feito diagnóstico de síndrome de hiperatividade (CID: F.90.0) e/ou transtorno hipercinético de conduta (CID: F.90.1) e iniciada politerapia com metilfenidato e ansiolítico, pelo psiquiatra infantil, psicopedagogia e oficinas terapêuticas. Com fundamento em autores como Gallo et al (2012), toda variação comportamental na infância é multifatorial; portanto, deve ser avaliada segundo a inserção do indivíduo, influenciada por fatores históricos, sociais, biológicos e culturais. Sendo assim, nem sempre uma criança agitada apresenta um transtorno, na grande maioria das vezes, a falta de imposição de limites e ausência de regras que levem a disciplina no ambiente familiar e escolar, associadas a um tempo excessivo de jogos virtuais, criam um substrato propício para variações da normalidade, como birra, indisciplina, tendência ao vício e agressividade frente às possibilidades de perda, principalmente quanto aos jogos virtuais. Deve-se entender a dinâmica do processo e criar, via oficinas de vivência, situações que possam estimular a córtex pré-frontal a desenvolver sinapses em região neuroanatômica funcional do tônus e juízo moral, em que se desenvolvem consciência e autocontrole reforçados por terapêuticas não medicalizantes, como tai chi chuã, yoga e acupuntura; procurar, mediante psicoterapia,

desenvolver junto aos pais a importância das relações socioafetivas com o filho, principalmente com aplicação de disciplina e limites, mas também disponibilização de tempo para interações afetivas com uso de jogos educativos que desenvolvam disciplina, compreensão, raciocínio lógico e abstrato e afetividade.

➤ Menino 2 - devido a introspecção, timidez e autoestima baixa, decorrentes de uma potencialização da “doença”, pela avó e pela mãe, que seria uma simples variação fisiológica advinda de uma liberação adrenérgica simpática que gerava incontinência fecal em situações de stress, pelo DSM V (2013) seria classificado como transtorno misto (ansioso e depressivo) CID: F.41.2, teriam sido introduzidos ansiolítico e antidepressivo, psicopedagoga e oficinas interdisciplinares; seria provavelmente encaminhado ao gastroenterologista infantil que, após colonoscopia, poderia dar o diagnóstico de síndrome de cólon irritável de fundo ansioso (CID: K.58.0); seria iniciada politerapia com córtico e imunoterapia, gerando-se um desequilíbrio no eixo hipotálamo hipofisário e diversos efeitos colaterais, como hipertensão arterial na infância e síndrome cunshigoide. No PTS NASE propõe-se um tratamento de psicoterapia familiar para buscar mecanismos que possam reforçar a autoestima, trazer o entendimento do processo fisiológico gastrointestinal, com orientação da nutricionista e fisioterapeuta, enfatizando-se a importância de uma boa nutrição e técnicas de autoconhecimento do controle esfinteriano na criança; persistir com as oficinas de vivência e letramento e buscar na escola atividades como teatro e capoeira para reforço de autoestima e consciência corporal; fazer sessões de acupuntura e tai chi chuã.

Montoya (2006) evidencia o percurso Piagetiano do Pensamento e Linguagem, destacando a coincidência da hipótese de Vygotsky com a de Piaget, por ele mesmo transcrita (Vygotsky, 1991 p.44):

Basicamente, o desenvolvimento da fala interior depende de fatores externos: o desenvolvimento da lógica na criança, como os estudos de Piaget demonstram, é uma função direta de sua fala socializada. O crescimento intelectual da criança depende de seu domínio dos meios sociais do pensamento, isto é, da linguagem.

Neste período, devem-se reforçar experiências vivenciadas, de forma a fortalecer o senso crítico emotivo de juízo moral social de certo e errado e a empatia pelo próximo; os exemplos familiares e sociais apreendidos até então serão determinantes para a representatividade individual da criança dentro do coletivo social, ou seja, bons exemplos geram bons comportamentos, assim como maus exemplos geram maus comportamentos.

Estreitando os laços afetivos entre pais e/ou responsáveis possibilitamos que reforcem estes vínculos e possam ter conhecimento de sua representatividade individual e responsabilidade frente ao coletivo social, ou seja, os filhos são reflexos sociais das atitudes socioafetivas dos pais e/ou responsáveis, escola e/ou comunidade. As oficinas de vivência permitem de forma lúdica evidenciar a sociabilização e afetividade da criança com pais e/ou responsáveis, meio em que vivem e ao processo de escolarização, tornando-se um importante instrumento do diálogo intersetorial educação-saúde na promoção da saúde escolar.

Após sucessivos pedidos para que a assistente social agendasse a consulta dos pais e/ou responsáveis na UBS em 2014, juntamente com as crianças, para avaliação e aplicabilidade do questionário, somente no dia 28 de setembro de 2015 consegui atendê-los, pela permuta de atender o filho de uma amiga da assistente social que tinha problemas de aprendizagem em outra escola.

Ao exame neurológico, individualmente, apresentavam Glasgow 15, ou seja, orientados conscientes, tônus e força normais, equilíbrio, postura e marcha sem alterações e cognição preservadas.

Após ter sido explicado tratar-se de um questionário que tentaria elucidar as dúvidas, expectativas e anseios dos pais e/ou responsáveis e alunos (as) frente à escola que frequentavam, que seria gravado um áudio, com consentimento dos pais e/ou responsáveis, e que a aplicação seria feita de forma individual para posterior avaliação das respostas obtidas, iniciamos o procedimento (Apêndice I):

À primeira pergunta:

Menino 1 respondeu -“É um lugar que cuida da gente”

Menino 2 – cabisbaixo, se manteve em silêncio.

À pergunta 2 do questionário:

Menino 1: “Acho que não”

Menino 2: Primeiramente, balançou a cabeça positivamente; orientado por mim sobre que o gravador não filmava os gestos, respondeu em voz baixa: “Sim, dificuldade de escrever e ler”, respondeu após direcionamento das perguntas pelo entrevistador; perguntado sobre o porquê, manteve-se cabisbaixo e em silêncio.

À pergunta 3:

Menino 1- “Brincar e fazer amigos”

Menino 2 - “Estudar” - manteve-se cabisbaixo.

À pergunta 4:

Menino 1- “Brincar no recreio e menos gosto de brigar, mas quando brigo fico com raiva quando perco”.

Menino 2- “Recreio, gosto de pular corda” - e não soube falar o que menos gosta; manteve-se cabisbaixo.

À pergunta 5:

Menino 1- “Matemática, gosto dos números baixos, mas não gosto dos altos, são difíceis de guardar, gosto de educação física porque a gente brinca, e não gosto de inglês que não entendo nada que ele fala”.

Menino 2- “ Matemática, e não gosto de Português”; perguntado sobre o porquê, manteve-se cabisbaixo e em silêncio.

À pergunta 6:

Menino 1- “Não” - e desconversou.

Menino 2- “Converso com Rian”

À pergunta 7:

Menino 1- “Meu melhor amigo é o Luiz Felipe, ele é muito legal e muito engraçado; não gosto do João porque é desobediente e briga muito. ”

Menino 2- “Meu melhor amigo é o Rian, ele conversa comigo e é legal”; quando perguntado sobre que menos gosta na escola, manteve-se em silêncio e cabisbaixo”.

À pergunta 8:

Menino 1- “ A minha irmã de 10 anos, ela brinca comigo, e menos gosto do meu irmão de 12 anos, ele briga comigo para jogar. ”

Menino 2- Manteve-se em silêncio e cabisbaixo por um tempo; após direcionar os entes, ele respondeu: “O cachorro”; segundo, o pai.

À pergunta 9:

Menino 1- “Minha escola tem tudo e é muito legal. ”

Menino 2- Após direcionado às opções, falou: na “Área de Lazer”, mas não informou o porquê e se manteve cabisbaixo; a irmã, presente à entrevista, estudante do 1 ano do ensino fundamental da mesma escola, bastante inteligente e comunicativa, falou que gostaria que criassem uma casa de bonecas.

No questionário referente aos pais e/ou responsáveis, obtivemos as seguintes respostas:

Pergunta 1:

Mãe do menino 1- “Espero que continue dando um ensinamento que melhore a aprendizagem e que ele possa levar para o resto da vida. ”

Pai do menino 2- “Espero que dentro do possível possam ensinar o meu filho, cada um com sua responsabilidade, sei que é muito difícil para eles ter que ensinar para 30 alunos, mas gostaria que tivesse um (a) assistente que pudesse dar maior atenção a estas crianças com dificuldade de aprendizagem, como meu filho, entende? ”

Pergunta 2:

Mãe do menino 1- “Sim, regularmente, sempre ajudo a fazer a lição de casa e pelo menos uma vez por semana vejo os cadernos dele; o pai, nem tanto, pois como é autônomo não tem muito tempo para isto. ”

Pai do menino 2- “Não, pelo meu trabalho não tem como, como ela é do lar, ela tem acompanhado as tarefas escolares dele de perto. ”

Pergunta 3:

Mãe do menino 1- “ Foram boas, meus pais estão juntos até hoje, meu pai sempre ausente na vida escolar, mas minha mãe, por ser professora, sempre esteve presente; meu pai foi agressivo na infância e melhorou na adolescência; já o meu marido foi abandonado pela mãe e criado pela vó em Pernambuco. Já o meu marido, ele nunca havia acreditado em família, até que eu e meu pequeno aparecessem na vida dele, fui pondo aos poucos na sua cabeça que família é importante, é a base de tudo, acho que ele aprendeu. ”

Pai do menino 2- “Da minha parte, foi boa, não posso responder pela minha esposa”.

Pergunta 4:

Mãe do menino 1- “Sempre quis, nunca tive dúvidas quanto a isto, já o meu marido, ele nunca havia acreditado em família, até que eu e meu pequeno aparecessem na vida dele, fui pondo aos poucos na sua cabeça que família é importante é a base de tudo, acho que ele aprendeu, estou grávida e vamos aumentar a família, meu pequeno quer uma menina para não disputar o videogame com ele. ”

Pai do menino 2- “Gosto, temos quatro filhos, gostamos de todos, mas fazemos comparação dele com a pequena, ela está no primeiro ano do ensino fundamental e já quase sabe ler, ele, no terceiro ano, troca as letras e tem problema gastrointestinal, acho que foi trauma após o nascimento dela. ”

Pergunta 5:

Mãe do menino 1- Seu desenho (anexo 12) foi uma sala de aula repleta de meninos e meninas com setas e corações que se interconectam entre as carteiras, e escrito do lado de fora da sala de aula as seguintes palavras representativas da escola que acredita: “ Dedicção, atenção, ensino, amor, interação e passeios. ”

Pai do menino 2- Seu desenho (anexo12) foi um escorregador e um balanço e os seguintes dizeres representativos da escola que acreditava para o seu filho: “Cursos, educação física, feira de ciências e organização (poucos funcionários).”

Se diante destes questionários tivéssemos somente uma visão periférica da queixa escolar tenderíamos a utilizar o modelo atual de atendimento caracterizado por uma cadeia hierárquica vertical e piramidal, centrada na figura do médico, cuja base do problema se encontra na criança com queixa escolar e família; tenderíamos a judicializar, culpabilizar, patologizar e vitimizar o aluno e família (GUARIDO, 2010; PATTO, 1993) e, fundamentados pelo DSM-V (2013) e pela resenha do livro como Transtornos afetivos na infância e adolescência - Diagnóstico e tratamento (FU-I, Lee et al, 2015), classificaríamos o menino 1, após aplicabilidade do SNAP-IV pelos professores, em TDAH (CID-F90.0), e o menino 2, em depressivo (CID- F32.0). Buscaríamos na neurobiologia dos transtornos afetivos, ou seja, os estudos genéticos, na neuroimagem e nos distúrbios de ritmo biológico e do sono relacionados às patologias documentadas pelo DSM-V (2013). Haveria a seguinte conduta terapêutica: metilfenidato e ansiolítico para o menino 1, devido a associação de Transtornos afetivos da infância, hiperatividade e agitação psicomotora, a fim de melhorar a capacidade de concentração e frear os impulsos de agitação e dependência socioafetiva do mundo virtual; ao menino 2 seria proposta a introdução de politerapia de metilfenidato e antidepressivos de última geração com o objetivo de diminuir a desatenção e melhorar as relações socioafetivas na escola e família, sendo associadas à terapêutica farmacológica psicoterapia, fonoaudiologia e neuropsicopedagogia, o que, assim, contribuiria para biomercantilização do poder.

Os questionários propostos buscam abordar não a criança enquanto semiótica, diagnóstica e terapêutica clínica do ponto de vista organicista e de medicamentação; propõem uma ótica da criança e família sobre o processo de escolarização, para entendimento da representatividade da impressão da individualidade da escola enquanto coletividade; à medida que algumas respostas apresentarem similaridade, será permitido à equipe multidisciplinar buscar conhecimentos para futuros planejamentos interinstitucionais, de modo a promover a saúde escolar e levantar propostas intersetoriais educação-saúde que possam contribuir para a diminuição das demandas de queixa escolar.

Neste capítulo 6 foram situadas as instituições da saúde e educação participantes do processo intervenção, caracterizadas as organizações, com ênfase para as que participam da demanda de queixa escolar, e discutida a proposta intervenção PTS NASE no PSE 2014. Embora parcialmente, com as devidas explicações acima, os resultados permitiram algumas conclusões importantes sobre o diálogo intersetorial educação-saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os percalços do caminho gerassem resultados parciais, estes não se tornam de menor relevância, uma vez que há necessidade de criarmos no Brasil propostas de ação e intervenção que, envolvendo órgãos governamentais e não-governamentais, cultivem uma mentalidade de ação de promoção no campo da Saúde Escolar a partir da interação comprometida dos setores educação-saúde (usuários e profissionais desses sistemas).

O reconhecimento coletivo de que são prioritárias a saúde coletiva e individual, a inclusão escolar e a melhoria de qualidade do ambiente escolar nas questões de vigilância epidemiológica já será um bom passo rumo ao planejamento de ações sociais coletivas (PAIDEA, 2000) em benefício da qualidade de vida como um bem comum a todos.

Procuo nestas considerações finais alertar que as dificuldades no processo de escolarização, na grande maioria, são na verdade variações da normalidade, deixemos de ter um olhar organicista, vitimizante e patologizante sobre a escola, aluno e família e procuremos propostas de ações intersetoriais educação-saúde frente à demanda de queixa escolar em uma perspectiva não medicalizante, que possam redirecionar a demanda de saúde mental reprimida, reduzir custos operacionais diagnósticos e terapêuticos e transferir as questões da demanda de queixa escolar no processo de escolarização as Coordenadorias Regionais de Educação, através da coordenação do NAAPA (2015), sendo o NASE, um processo transitório, mas de suma importância na melhoria do diálogo educação-saúde.

A tese realizada será fruto de críticas tanto na área da educação quanto da saúde pois levanta o tema diálogo intersetorial educação-saúde. A palavra diálogo etimologicamente é resultado da fusão das palavras gregas dia e logos; representando a primeira "através" e a segunda traduzida para o latim como ratio (razão); tendo o significado mais antigo da palavra logos "relação", "relacionamento".

Então quando falamos de relação entre dois setores com universo distintos, do ponto de vista sócio histórico e de políticas públicas, conclui-se que, cada um, até o devido momento, busca a sua própria razão, contribuindo para formações de pontes de diálogos que se transpõem, mas que, na grande maioria das vezes, não se comunicam; não porque não queiram ou não tenham interesse, mas por processos burocráticos da máquina administrativa pública que emperram este diálogo, tenho assim a consciência de que ao expor a vidraça virão pedras, mas que venhão com pesos e medidas em prol da construção e melhoria do diálogo educação-saúde.

Através desta, propõem-se com a utilização dos instrumentos já presentes no SUS, estreitar o processo do diálogo intersetorial educação-saúde, por meio de um processo intervenção que possa contribuir para um visão da saúde de forma poliarquica, multidisciplinar, não hierárquica, reflexiva e construtiva para possibilitar futuras ações e intervenções que promovam a saúde escolar a partir de uma visão integral do processo de escolarização; sendo a saúde um potencial agente de potencialização da aprendizagem de forma não medicalizante e transferindo a educação as questões referentes a aprendizagem e processo de escolarização.

Proponho, com esta tese, estimular futuras críticas construtivas, que contribuam para uma melhoria no diálogo intersetorial educação-saúde por meio de reticências (...), exclamações (!!!) e interrogações (???); mas jamais por um ponto final (.), pois o saber nunca será absoluto e o processo de escolarização se reconstrói segundo a demanda gerada, sendo assim, embora *“No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho”* este diálogo será sempre perdurável, construtivo e mutável.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, D.F.; STOKOE, W.C.; WILCOX, S.E. **Signs of the origin da syntax**. Curr Anthropol. [S.l.], 1994; 35(4):349-68.

BERGSON, H. **A evolução criadora**. Rio de Janeiro: Delta, 1964.

_____. **O cérebro e o pensamento: uma ilusão filosófica**. In BERGSON, H. **Cartas, conferências e outros escritos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

BICKERTON, D. **Language and species**. Chicago: University of Chicago Press, 1990.

BURLING, R. **Primate calls, human language and nonverbal communication**. Curr Anthropol. [S.l.], 1993; 34(1):25-53.

CARTA DE FORTALEZA. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/File/.../2009/carta_de_Fortaleza.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

CARTA DE OTTAWA. **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Disponível em: <www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>. Acesso em: 20 de maio 2014.

CASEY, B.J. et al. Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. **Biological Psychology**, [S. l.], 54, p.241–257, 2000.

_____. Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? **Trends in Cognitive Sciences**, [S. l.], v. 9, n.3, mar. 2005.

CORREIA, M. V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol.35, n.4, p. 131-137, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000400002>>. Acesso em: 08 set. 2015

DAMASIO, A.R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

DAVIDSON, I.; NOBLE, W. The archaeology of perception: traces of de piction and language. **Curr Antropolol.**, [S. l.], 30(2), 125-155, 1989.

ESPÍRITO SANTO, L. F. L. **Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GUARIDO, R. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciado pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

GARDNER, H. **As inteligências múltiplas: depoimento**. São Paulo: Neuroeducação, 2015.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde (Nemesis da Medicina)**. 3. ed. [S. l]: Nova Fronteira, 1975.

_____. **Sociedade sem escolas (1971)**. Tradutora Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 1985.

JAKUBOVICZ, R.; CUPELLO, R. C. M. **Introdução à afasia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

KING, A. J.; CALVERT, G. A. Multisensory integration: perceptual grouping by eye and ear. **Current Biology**. [S. l], v. 11, n. 8, p. 322-325, 2001.

LENT, R. Nossos dois cérebros diferentes. **Revista Ciência Hoje**. [S. l], v.16, n. 94,1994.

LIMA, R. F.; et. al. Learning disabilities: school-related complaints and diagnoses in a Service of Child Neurology. **Revista Neurocienc**. [S.l.]; 14(4):185-190,2006.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

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

_____; SOUZA, M. P. R. (Orgs.). **Psicologia escolar**: em busca de novos rumos. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____; _____. SAYÃO, Y. As classes especiais e uma proposta de avaliação psicológica. In: **Conselho Regional de Psicologia. Educação especial em debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

MANIFESTO de lançamento do Fórum sobre a medicalização da educação e sociedade. São Paulo, SP, 2010. Disponível em: <www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/manifesto_forum_medicalizacao.pdf>. Acesso em: 16 maio 2015.

MARCONDES, R. S. Educação em saúde na escola. **Revista Saúde Pública**. vol.6 n.1 São Paulo, mar. 1972.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2015.

MERZENICH, M.M. **On the brain with Dr. Michael Merzenich**. [S.l], Blog, 2014.

MILO, R.G; QUIATT, D. Glottogenesis and anatomically modern *Homo sapiens*: the evidence for and implications of a later origin of vocal language. **Curr Anthropol**. [S.l.]; 34(5):569-98, 1993.

MONCORVO FILHO, C. A. A. Higiene escolar: seu histórico no Brasil. In: **Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista**. vol. 3 São Paulo: Seção de Obras d'O Estado de São Paulo, 1917.

MOYSÉS, M.A.A. **A institucionalização invisível: Crianças que não aprendem na escola**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

_____. Sobre alguns preconceitos no cotidiano escolar. In: **Alfabetização: passado, presente, futuro**. São Paulo: FDE, p. 9-25, 1993.

_____; COLLARES, C. A. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES**, [S.1], p. 31-48, 1992.

_____, LIMA, G. Z. **Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples?** Ande, [S.1], n. 5, 1982.

NOVAIS, H.M.D. **A puericultura em questão**. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: OPAS/OMS, 2010.

PARKER, S.T. **A social-technological model for the evolution of language**. Curr Antropol. [S.1], 26(5):617-39, 1985.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

_____. Para uma crítica da razão psicométrica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.47-62, 1997.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Tradução Maria Alice Magalhães D' Amorim e Paulo Sergio Lima e Silva. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

ROCHA, A. F. **O cérebro: um breve relato de sua função**. São Paulo: FAPESP, 1999.

RYAN, W. **Blaming the victim**. New York: Vintage Books Edition, 1976.

SOUZA, M. P. R. Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia. In: OLIVEIRA, M.K; SOUZA, D. T. R.; REGO, T. C. **Psicologia, educação e temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002. p. 177-195.

_____. Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar. Estilos da Clínica. **Revista USP**. 10(18): 82-107, 2005. Disponível em: <www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415>. Acesso em: 10 jun. 2011.

STAKE. RE **Case studies**. In: DENZIN, NK; LINCOLN,YS (ed.) **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. p. 435-454.

TEIXEIRA, C.F; et al. SUS: Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, Brasília, 7(2): 7-28, abr./jun. 1998. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2011.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. **O desenvolvimento psicológico na infância**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SUGESTÕES DE LEITURA

ABED, A.L.Z. **O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica.** Ministério da Educação e Cultura-Conselho Nacional de Educação. São Paulo, 2014.

AGUIAR, K. F. de; ROCHA, M. L. da. **Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANais do III seminário internacional a educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças, 10 a 13 de julho de 2013 [recurso eletrônico]. São Paulo. Conselho Regional de Psicologia. Rio de Janeiro- 5º região, 413 p, 2013.

ASSOCIAÇÃO PALAVRA CRIATIVA/ IFONO. 2010. Disponível em <<http://medicalizacao.com.br>>. Acesso em: 10 out. 2015.

ASSUMPCAO JUNIOR, F. B.; Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Revista de Psicopedagogia.** São Paulo, SP, v. 26, n. 81, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2015.

BRAGA, S. G.; MORAIS, M. de L. S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicol. USP.** São Paulo, SP, v. 18, n. 4, p. 35-51, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUENO, M. T. B.; MORAIS, M. L. S.; URBINATTI, A. M. I. Queixa escolar: proposta de um modelo de intervenção. In: MORAIS, M. L. S.; SOUZA, B. P. (Eds.), **Saúde e educação: muito prazer! Novos rumos no atendimento à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 51-68.

CABRAL, M. F. P. **Mito da caverna de Platão**. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/filosofia/mito-caverna-platao.htm>>. Acesso em 03 dez. 2015.

CACAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista Escola Enfermagem**. USP, São Paulo, SP, v. 43, n. spe2, p. 1256-1260, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPUCHINHO, C. Habilidades socioemocionais: conhecimento para a vida. **Revista Neuroeducação**, São Paulo, SP, p. 20-27, 2015.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede I**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COHEN, L. et al. Language-specific tuning of visual cortex? Functional properties of the Visual Word Form Area. **Brain**. [S. l], 125 (Pt 5): 1054–1069, 2002.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação ou saúde? Educação x Saúde? Educação e Saúde. **Cadernos Cedes**, 15, p.7-16, 1985.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Medical Disorders**. Disponível em: <http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=cAE5hIP5YkAC&oi=fnd&pg=PP11&dq=%22Conrad%22+%22The+Medicalization+of+Society:+On+the+Transformation+of+...%22+&ots=6lT5cFbm2N&sig=_Eczgikn_YPqsfliOaDjcmoBsF4#PPP12,M1>. Acesso em: 08 set. 2015.

COSTA, J.C.; PEREIRA, V.W.; **Linguagem e cognição** [recurso eletrônico]: relações interdisciplinares/org. Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/orgaos/edipucrs/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

DALGALARRONDO, P. **A evolução do cérebro: sistema nervoso, psicologia, psicopatologia sob a perspectiva evolucionista**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Alma-Ata, URSS, 1978. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 maio 2011.

DECLARAÇÃO DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ. Santafé de Bogotá (Colômbia), 1992. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>. Acesso em: 20 maio 2011.

DEHAENE, S. et al. The neural code for written words: a proposal. **Trends Cogn Sci**, [S. l.], 9 (7): 335–341, 2005.

DELEUZE, G. **Bergsonismo**. Tradutor Luiz Orlandi. 34. ed. São Paulo: [s.n.], 1999.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.15-42.

_____. **Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.367-388.

DO SÉCULO XX em diante; drogas para tratar doença. **Planetseed**. Disponível em: <<http://www.planetseed.com/pt-br/relatedarticle/do-seculo-xx-em-diante-drogas-para-tratar-doenca>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

FACCI, M.G.D.; TULESKI, S.C.; MEIRA, M.E.M. **A exclusão dos "incluídos"**: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2011.

FERNÁNDEZ, A. **A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FIGUEIREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.15, n.2, pp. 397-402, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

FLEURY, S. M. T.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FU-I, L. et al. Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 61, n. 2, p. 114-115, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2015.

FUNTOWICZ, S.; MARCHI, B. Ciencia post-normal, complejidad reflexiva y sustentabilidad. In: LEFF, E. (Coord). **La complejidad ambiental**. México: Siglo XXI, 2000.

_____; RAVETZ, J. **Emergent complex systems**. *Futures*. [S.l.], 26(6): 558-68, 1994.

GALLO, A.E et al. **A criança agitada nem sempre é um problema**. v. 45. *Pediatria*. [S. l]: Moderna, 2012.

GUATTARI, R.; ROLNIK, S. Subjetividade e História. In: GUATTARI, R.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2005. pp. 33-61.

GUERRA, L. **Pedagogia da Motivação**: depoimento. [2015]. São Paulo. Neuroeducação, número 3. Entrevista concedida a Fernanda Teixeira Ribeiro, págs. 14 a 17.

HARADA, J. **Introdução**. In: **Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

HAUSER, M.D; CHOMSKY, N.; FITCH, W.T. The faculty of language: what is it, who has it, and how did it evolve? **Revista Science**. Disponível em: <<https://disapre.wordpress.com/cursos/para-2013/>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

HISTÓRIA da Medicina, Virtual de ciências Schlumberger Excellence in Education Development (SEED), [S.l: s.n.], Inc., 2015.

INOJOSA, R. M. **Revisitando as redes**. Divulgação em Saúde para o Debate, [S.1.], 41: 36-46, 2008.

INSERM. Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente. **Revista Latinoamericana Psicopatologia**. Fund. [S.1.], VIII, 3, 395-405, 2005.

KOPCZYNSKI, M. C. **A retroalimentação é fundamental para a aprendizagem de sequências de movimentos?**. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Comportamento). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

LEAL, G (org.). **Biblioteca mente e cérebro**: aprender mais e melhor. v. 2. 2. ed., [S. l], 2013.

LEFF, E. **Saber ambiental**: sustentabilidad, racionalidad, complejidad, poder. México: Siglo XXI/UNAM/PNUMA, 1998.

_____. Pensar la complejidad ambiental. In: LEFF, E. (Coord.). **La complejidad ambiental**. México: Siglo XXI/UNAM/PNUMA, 2000.

LIMA, R. F.; et. al. Learning disabilities: school-related complaints and diagnoses in a Service of Child Neurology. **Rev Neurocienc**, [S.1.]; 14(4):185-190,2006.

LYONS, A. S.; PETRUCCELLI, J. R. **Medicine**: An Illustrated History. [S.l], 1997.

MÁFIA das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias. **G1 Globo**, Rio de Janeiro. Disponível em <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-proteses-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>>. Acesso em 15 jul. 2015.

MARX, K. A taxa da mais valia. In: **O Capital**: crítica da economia política. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MEDEIROS, R. Cérebro: um simulador de ação. **Revista Psique Ciência e Vida**. [S. l.], n. 76, ano VI, 2012, p. 26-31.

MENEZES, S. P. **Logo e a Formação de Professores: o uso interdisciplinar do computador na educação**. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde na Escola (PSE) 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. 2004. 11/29. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1>. Acesso em: 02 jul. 2015.

MIRANDA, C. A. de; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, RS, v. 7, n. 2, ago. 2008. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MONTOYA, A. O. D. Pensamento e Linguagem: Percurso Piagetiano de Investigação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 11, n. 1, p. 119-127, jan./abr. 2006.

NÃO dirigir a zero para crianças de três anos. **Elmaxilab**. Disponível em:
<<http://elmaxilab.com/definicao-abc/letra-n/nao-dirigir-a-zero-para-criancas-de-tres-anos/>>. Acesso em: 28 set. 2015.

NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom (Centro de Estudos Marina e Martin Harvey Editorial e Comercial), 1999.

NORONHA, M. La aproximación de la psicología a la etnología: producto y historia (II). **Rev. Psiquiatria. Fac. Med. Barna**, [S. l.], p.16-22, 1994.

OBRAS de Hipócrates. **Intratext**. Disponível em:
<<http://www.intratext.com/Catalogo/Autori/Aut1395.htm>>. Acesso em: 16 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

_____. Health 21. **Health for All in the 21 Century**. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe, 1999. Disponível em:
<www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/.../wa540ga199heeng.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

OUVERNEY, A. M. **Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, [S. l.], 42: 12-22, 2008.

PAÍN, S. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PLATÃO. **A República - os Pensadores**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1997.

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. Despacho n. 12.045/2006 (2 série). Diário da República, Brasília/DF, n. 110, 7 jun. 2006.

REZOLA J. G.; et. al. School health services and community nutrition: a historical perspective. **Public Health Nutrition**, [s.1.], 4:1337-8, 2001.

ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003.. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 out. 2015.

SINTESIS Plenario del: Forum Infancias. Cordoba, mar. 2015. Disponível em: <www.cppc.org.ar>. Acesso em: 13 jul. 2015.

SANCHES-MARTINEZ. La medicina escolar em el mundo. **Rev. Española de Medicina e Higiene Escolar**, [S.1.], 35: 1939-54, 1981.

SANTOS, D.; et. al. Socio-emotional development and learning in school. **The 2014 annual meeting for the Latin American Meeting of the Economist Society (LAMES)**, São Paulo, 2014.

SOLEMAN, C. **O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas, a partir da composição dos processos de trabalho**. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TAPSCOTT, D. A inteligência está na rede. **Revista Veja**, São Paulo, n. 15, ed. 2.212:19-23, 2011.

TEIXEIRA, R.; O filtro da medicalização para a produção da subjetividade. **IHU On-Line**, [S. 1.], ano XIII, publicação 27.05.2013, 2013.

SCHWARZ, A. Para ajudar nas notas, médicos dão remédio para quem não tem déficit de atenção. **Jornal The New York Times**, p. 1-8, out.2012

SCHLUMBERGER Excellence in Education Development (SEED), Inc, [S. 1.], 2015.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2004.

VEYNE, P. **Como se escreve a história**. Brasília: UnB, 1998.

VIEGAS, K. S. M; FIALHO, M. B. Bússola de ouro. **Revista Psique Ciência e Vida**. [S.1.], n. 76, ano VI, p. 55-61, 2012.

VINCKT, SV. **Hygie**. [S.l.], 11: 45-9, 1992-3.

WANNMACHER, L. A ética dos medicamentos: múltiplos cenários. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, DF, v. 4, n. 8, p. 1-6, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

WHO. **Fourth Ministerial Conference on Environment and Health**. Budapest, Hungary, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/budapest2004>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, jun. 2004. **Children Environment and Health Action Plan for Europe**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/budapest2004>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, jun. 2004. **The future for children `Youth Declaration**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/budapest2004>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. European Ministerial Conference on Mental Health. **Facing the Challenges, Buildings Solutions. Mental Health declaration for Europe**. Helsinki, Finland, 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/budapest2004>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. European Ministerial Conference on Mental Health. **Facing the Challenges, Buildings Solutions. Mental Health declaration for Europe**. Helsinki, Finland, 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/budapest2004>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

Esclarecimentos aos participantes da pesquisa:

A pesquisa por nós desenvolvida procura verificar de que modo a escola e os postos de atendimento à saúde colaboram para reduzir o sofrimento de crianças com queixa de dificuldades em seu processo de aprendizagem, que são encaminhadas, por seus professores, para atendimento médico.

Os dados de pesquisa são obtidos por meio de entrevistas realizadas individualmente e em grupo, oficinas de letramento e oficinas de vivência para avaliação das condições de vida familiar e escolar das crianças que integram o coletivo de participantes.

Os participantes são alunos desta Escola Municipal de Ensino Fundamental do município de São Paulo (Diretoria Regional de Educação Jaçanã/Tremembé), encaminhados para atendimento na Unidade Básica de Saúde/Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades por equipe interdisciplinar da saúde-educação (neurologista, psicólogo, nutricionista, assistente social, coordenadora pedagógica e professores) do Programa Saúde na Escola.

Durante a primeira etapa de pesquisa são selecionadas crianças que apresentam queixa escolar. Na segunda etapa, as crianças selecionadas participam de jogos e brincadeiras que estimulam seu desenvolvimento cognitivo-motor - modelagem, desenhos, pintura, jogos de montar, como o lego e outros. As atividades são conduzidas por um (a) psicólogo (a) e têm por finalidade melhorar a autoimagem das crianças, elevar sua autoestima e favorecer seu aproveitamento escolar e sua inserção nos grupos que integra.

Todas as atividades são realizadas durante o período de aulas, sem prejuízo das atividades escolares e sem despesas.

Somente a criança participante e seu representante legal tomam conhecimento das informações obtidas pela equipe de pesquisa. As informações são, portanto, confidenciais. Havendo registro de imagens (fotos ou vídeos), para melhor análise dos resultados de pesquisa, o material obtido terá finalidade exclusivamente científica e permanecerá à disposição integral dos participantes interessados em obtê-los. Cada participante tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os dados obtidos serão preservados somente se isso for autorizado pelos participantes e serão reutilizados em etapas ulteriores da pesquisa somente se houver autorização prévia por parte desses participantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável legal por _____, declaro estar ciente de estarmos participando de uma pesquisa científica e, sabendo que esta não nos trará nenhum dano e que nossa identidade será mantida em sigilo, consinto com sua realização e autorizo a divulgação de seus resultados.

_____, ____ de _____ de 2014

Assinatura

ANEXO 2

SNAP IV (ABDA: Associação Brasileira de Déficit de Atenção)

Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas			
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer			
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele			
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações			
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades			
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado			
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)			
8. Distrai-se com estímulos externos			
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia			
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira			
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado			
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inadequado			
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma			
14. Não pára ou frequentemente está a "mil por hora"			
15. Fala em excesso			
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas			
17. Tem dificuldade de esperar sua vez			
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)			

ANEXO 3

MTA SNAP IV APLICADO POR ESPECIALISTAS DO AME PSQUIATRIA AOS ALUNOS, PROFESSORES E PAIS NAS ESCOLAS

AME PSIQUIATRIA

USS - Organização Social de Saúde

Prontuário:	Nome:	Idade:	Data: 25.11.13
-------------	-------	--------	----------------

Dificuldades específicas na aprendizagem - Questionário para os professores

Questões	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Dentro da média	Um pouco acima da média	Muito acima da média
1. Qual o grau de fluência na leitura?	X				
2. Qual o nível de compreensão na leitura?	X				
3. Qual a velocidade que lê? não lê	X				
4. Qual a frequência de erros ortográficos?	X				
5. Qual o nível de sua produção textual?	X				
6. Qual a qualidade do traçado da letra?	X				
7. Qual o seu desempenho ao copiar do quadro?		X			
8. Necessita de apoio concreto ao realizar cálculos?	X				
9. Qual o seu desempenho na matemática?	X				
10. Qual o seu nível de independência na realização das tarefas?	X				

Dificuldades específicas na aprendizagem - Questionário para os pais

Questões	Não	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Escreve com muitos erros ortográficos (troca ou omite muitas letras)?					X
2. Tem dificuldades para escrever textos?					X
3. Tem letra ilegível (quase não se pode ler)?				X	
4. Tem dificuldade na matemática?				X	
5. É muito dependente na realização de tarefas de casa?					

ANEXO 3

MTA SNAP - IV APLICADO POR ESPECIALISTAS DO AME PSQUIATRIA AOS ALUNOS, PROFESSORES E PAIS NAS ESCOLAS

MTA SNAP - IV Escala de pontuação para pais e professores

Nome: _____ Idade: _____ Ano escolar: 3º ano

fund. I

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

Data: _____

	Não um pouco	Um pouco	Bastante	Muito
1. Não consegue prestar muita atenção e detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.		X		
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.	X			
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.		X		
4. Não segue instruções até o fim ou não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.			X	
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.			X	
6. Fúria, não gosta ou se envolve contra a verdade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.			X	
7. Parece excessivamente preocupado com atividades (ex. brinquedos, deveres de escola, lápis ou livros).		X		
8. Distrai-se com estímulos externos.		X		
9. É inquieto em atividades de dia-a-dia.		X		
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexa na cadeira.	X			
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.	X			
12. Corre de um lado para outro ou fala demais nas aulas em situações que isto é inapropriado.	X			
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.	X			
14. Não para ou frequentemente está "a mil ou mais".	X			
15. Faz em excesso.	X			
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.		X		
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.	X			
18. Interrupção de outros ou se intromete (ex. mistura-se nas conversas/jogos).	X			
19. Descontrola-se.	X			
20. Discute com outros.	X			
21. Desafia a autoridade ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.	X			
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.	X			
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.	X			
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.	X			
25. É reservado ou reservado.	X			
26. É rancioso ou vingativo.	X			

Assinado por: _____ Tipo de classe: _____ Tamanho da classe: _____ Escola: _____

Swenson et al., 1985. Versão em Português validada por Matos et al., 2006.

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
 Avaliado por: _____ Titulo de classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

SALA DE LEITURA

	SEMPRE	MUITO	POUCO	NUNCA
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				X
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.		X		
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				X
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				X
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.	X			X
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).		X		
8. Distrai-se com estímulos externos.				X
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				X
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.		X		
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.		X		
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inadequado.		X		
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.		X		
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).				
19. Descontrola-se.				
20. Discute com adultos.	X			
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.		X		
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.		X		
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.	X			
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.		X		
25. É raivoso e ressentido.		X		
26. É rancoroso ou vingativo.		X		

Prof. _____

da disciplina _____

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
 Avaliado por: _____ Tipo de classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

PORTUGUES

	NENHUM POCO	UM POUCO	BASTANTE	MUITO
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				X
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.				X
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.			X	
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.				X
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				X
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				X
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).			X	
8. Distrai-se com estímulos externos.				X
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				X
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.			X	
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				X
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inadequado.				X
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.			X	
14. Não para ou frequentemente está "a mi" por hora.			X	
15. Fala em excesso.			X	
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.	X			
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.			X	
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).				X
19. Descontrola-se.			X	
20. Discute com adultos.			X	
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras dos adultos.			X	
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.				X
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.				X
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				X
25. É raivoso e ressentido.		X		
26. É rancoroso ou vingativo.		X		

Prof.:

Português

Obs: Na descrição do aluno, pt. palavras relacionadas à atribuição, a SCS tem diferentes professores de Português. Cada cp.

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
Avaliado por: _____ Tipo de classe: Informática Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

	NÃO SE ENCAIXA	UM POUCO	MUITO	DEMAIS
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.			X	
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.			X	
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				X
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.			X	
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.			X	
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.			X	
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).		X		
8. Distrai-se com estímulos externos.			X	
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.			X	
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.	X			
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.		X		
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.	X			
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.		X		
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".	X			
15. Fala em excesso.	X			
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.	X			
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.	X			
18. Interrompe os outros ou se interrompe (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).	X			
19. Descontrola-se.	X			
20. Discute com adultos.	X			
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.	X			
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.		X		
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.		X		
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.	X			
25. É raivoso e ressentido.	X			
26. É rancoroso ou vingativo.	X

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
Avaliado por: _____ Tipo de classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

MATEMÁTICA		NENHUM POUQUO	MUITO POUQUO	MUITO MUCHO	MUITO MUCHO
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.					X
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.					X
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ela.				X	
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.					X
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.					X
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.					X
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).	X				
8. Distrai-se com estímulos externos.					X
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.					X
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.	X				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.					X
12. Come de um lado para outro ou sobe de cima nas coisas em situações em que isto é inapropriado.			X		
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				X	
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".				X	
15. Fala em excesso.			X		
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.			X		
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.			X		
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).			X		
19. Descontrola-se.			X		
20. Discute com adultos.			X		
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.				X	
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.			X		
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.				X	
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.			X		
25. É raivoso e ressentido.			X		
26. É rancoroso ou vingativo.			X		

mp/

Onipolona

Matematica

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Étnia: _____
Avaliado por: _____ Tipo de classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

EDUCAÇÃO FÍSICA

	NENHUM SINAL DE DEBILIDADE	UM POUCO	MUITO	DEBILIDADE MUITO
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.			X	
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.			X	
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				X
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				X
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				X
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				X
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).	X			
8. Distrai-se com estímulos externos.				X
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.		X		
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se mexe na cadeira.		X		
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				X
12. Comete um fato para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inadequado.			X	
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.		X		
14. Não para ou frequentemente está "a mil por hora".		X		
15. Fala em excesso.		X		
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.		X		
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.		X		
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).			X	
19. Descontrola-se.			X	
20. Discute com adultos.		X		
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.		X		
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.		X		
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.	X			
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.			X	
25. É raivoso e ressentido.			X	
26. É rancoroso ou vingativo.		X		

Ed. Física - Prof.

ANEXO 4

SNAP IV ADAPTADO APLICADO PELOS PROFESSORES DE UMA EEFM DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO A UM ALUNO DA 5ªC

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
 Avaliado por: _____ Tipo de classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.			X	
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.			X	
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.	X			
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.			X	
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.			X	
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.			X	
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).		X		
8. Distrai-se com estímulos externos.			X	
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.		X		
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.		X	X	
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.			X	
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.			X	
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.			X	
14. Não para ou freqüentemente está "a mil por hora".			X	
15. Fala em excesso.			X	
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.	X			
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.			X	
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex: mete-se nas conversas / jogos).			X	
19. Descontrola-se.		X		
20. Discute com adultos.		X		
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.			X	
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.			X	
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.			X	
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.		X		
25. É raivoso e ressentido.		X		
26. É rancoroso ou vingativo.	X			

Ola. No decorrer deste ano, por motivos de
 atribuição de aulas, a 5ª série C teve
 diferentes professores de geografia.

ANEXO 5

Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- Multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- Ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- Definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

1. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

1.1. Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

1.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

1.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

1.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades: – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

– os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

1.5 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos); – profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.6. Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

Portaria n.º 336/GM - Em 19 de fevereiro de 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 – CAPS I II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS I II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre

outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I e II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e

sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 6

26ª Nota Pública do Fórum Nacional de Educação – O Brasil como efetiva Pátria Educadora

Brasília, 29 de abril de 2015.

NOTA PÚBLICA DO FNE

O Fórum Nacional de Educação (FNE) instituído como órgão de Estado pela Lei 13.005/2014, vem a público, manifestar-se no debate em curso sobre o documento *Pátria Educadora: A qualificação do ensino básico como obra de construção nacional – Versão Preliminar*, elaborado pela Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, veiculado em 22 de abril de 2015.

O FNE já se manifestou na 25ª Nota Pública, divulgada em 24 de março de 2015, sobre a pertinência e a urgência de dar consequência ao lema Pátria Educadora. No entanto, torna público sua discordância com o processo de elaboração e o conteúdo do documento em debate, explicitando abaixo algumas das divergências:

a) reafirmamos que o PNE e o Documento Nacional da Conae/2014, realizada no período de 19 a 23 de novembro, tratam da Educação Nacional, em todas suas etapas níveis e modalidades, portanto, o direito a educação de todos e todas, que precisam ser considerados na sua diversidade e complexidade, não sendo reduzido ao conceito de ensino básico, reiterado diversas vezes no documento supracitado.

b) o Sistema Nacional de Educação é fruto de uma construção histórica, com muitos embates já vivenciados e que alcançam no século XXI todo um esforço de realização das conferências municipais, distritais, estaduais e nacionais; a instituição dos fóruns municipais, estaduais e nacional, ainda distante da configuração de um federalismo cooperativo, todavia, nos habilita a discordar da visão de que *“A educação pública no Brasil tem sido simultaneamente desorganizada e uniforme: uniforme no conformismo com a mediocridade.”* (p.6)

c) em relação a maior organicidade entre financiamento e gestão da educação, reafirmamos a necessidade de assegurar a ampliação dos investimentos, de forma a cumprir a meta de 10% do PIB, considerando a repactuação da distribuição destes recursos entre os entes federativos, implicando em mais do que uma rearticulação das funções do FNDE, em contraponto ao modelo sugerido no documento e na direção do que está previsto no PNE, conforme prevê o Artigo 7º § 5º da referida Lei que trata da instância permanente de negociação e cooperação.

d) reiteramos que a pauta da valorização dos profissionais encontra-se equivocada em várias das suas considerações no documento: retoma o destaque para premiação por desempenho *“Duas séries de iniciativas podem aproveitar, em grande escala, este potencial dos diretores para promover mudanças: as que premiam escolas por alcançar metas de desempenho e as que intervêm na formação dos diretores.*

Escolas (mais do que diretores individualmente) podem ser premiadas por alcançar metas de desempenho, cujo cumprimento seria avaliado por comissões independentes. ” (P. 16); desconsidera o processo de formação inicial do profissional da educação, centrando na habilitação específica para diretor - *“Parte do acerto com os estados, que desemboque na construção de diretrizes de uma carreira nacional de professor, deve ser o de escolher os diretores entre os habilitados por estes centros, seja qual for o método de escolha.* ” (P.17); desconsidera a Universidade como *lócus* da formação continuada dos docentes: *“A inauguração de Centros de Formação de Diretores deve ser*

seguida pelo estabelecimento de Centros de Qualificação Avançada para professores. ” (p. 17)

e) enfatizamos a defesa de concepção ampla de educação, currículo e avaliação educacional emancipatória e diagnóstica que ratifique a unidade nacional na diversidade, conjugando igualdade e diferença e superando o modelo homogeneizador e prescritivo e, desse modo, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos educativos e formativos, em contraposição à concepção de currículo restritiva presente em todo o documento em debate.

f) reiteramos, ainda, que a coordenação das políticas educacionais, exercida pela União, em articulação com os demais entes federados e sistemas de ensino, destaca-se no fortalecimento dos Fóruns Nacional, estaduais, distrital e municipais de educação e o papel das respectivas Conferências de Educação, já se constituem como espaços de vanguarda, não apenas pedagógica, mas política e técnica da educação nacional. Nessa direção, ressaltamos as concepções e deliberações da Conae 2014 como base para a efetivação do Plano Nacional de Educação e nos contrapomos a proposições pontuais que, propostas sem a devida articulação e organicidade, fragmentam o debate e efetivação de políticas educacionais requeridas para a educação nacional.

Por fim, o FNE entende serem essas as avaliações preliminares do documento em debate, reiterando que o PNE e o Documento Final da Conae/2014 são as referências fundamentais para a Pátria Educadora, e coloca-se à disposição para aprofundamento das discussões, cumprindo com sua função precípua, a partir da Lei 13005/2014 nos Artigos 5º e 6º.

Assinam a presente nota os Fóruns Permanentes de Educação abaixo relacionados:

Fórum Nacional de Educação

Fórum Distrital de Educação

Fórum Estadual de Educação do AC

Fórum Estadual de Educação do AM

Fórum Estadual de Educação do BA

Fórum Estadual de Educação do CE

Fórum Estadual de Educação do ES

Fórum Estadual de Educação do GO

Fórum Estadual de Educação do MA

Fórum Estadual de Educação do MG

Fórum Estadual de Educação do MS

Fórum Estadual de Educação do MT

Fórum Estadual de Educação do PB

Fórum Estadual de Educação do PE

Fórum Estadual de Educação do RN

Fórum Estadual de Educação do RS

Fórum Estadual de Educação do SC

Fórum Estadual de Educação do SE

Fórum Estadual de Educação do SP

Fórum Estadual de Educação do TO

ANEXO 7

Programa Saúde na Escola 2014 realizado pela UBS na EEFM na região de Vila Maria-Vila Guilherme do município de São Paulo

Programa Saúde na Escola (PSE): EMEF								
Temática	Ação do Componente			Objetivo	Diagnóstico situacional (Escola e UBS)	Ação prevista pelo PSE	Data de intervenção	
Saúde Ocular	Componente I (avaliação de condição de saúde)	Essencial: EMEF	Avaliação Oftalmológica: Crianças/Adolescentes com déficit de refração sem uso de lentes corretivas e/ou sem acompanhamento oftalmológico para demais patologias	Identificar problemas visuais relacionados à refração, casos com suspeita ou diagnóstico de patologias oftalmológicas e inserir os adolescentes na assistência oftalmológica.		encaminhamento para avaliação médica conforme necessidade identificada	continua	
		Essencial: EMEF				Teste de Snellen;	1. 18/03/2014 manhã; 2. 03/03/2014 tarde	2.
Saúde Sexual e Reprodutiva	Componente II (ação de promoção e prevenção)	Essencial: EMEF	Saúde e prevenção nas escolas: educação para saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/Aids.	1) Saúde sexual e reprodutiva: fornecer subsídios para que o indivíduo faça escolhas conscientes a respeito da sua saúde sexual, visando reverter a desinformação que é comum entre os jovens, inclusive gravidez na adolescência. 2) DST/Aids: orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos de proteção.		1. Rodas de conversa abordando os temas (psicólogo, assistente social e enfermeiro) 2. Distribuição de preservativos3. Participação da equipe de saúde na reunião de pais com objetivo de esclarecer/diminuir dúvidas	última semana de cada mês (sextas feiras)	
Avaliação Antropométrica	Componente I (avaliação de condição de saúde)		Avaliação Antropométrica e Nutricional	1) Verificar o crescimento e desenvolvimento infantil. 2) Identificar os casos de desequilíbrio entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos que causem alterações físicas, desde quadros de desnutrição até sobrepeso e obesidade. Esses casos devem ser encaminhados para acompanhamento sistemático na UBS.		1. aferição do peso e altura 2. Obtenção do IMC. 3. Encaminhamentos: nutricionista	1. previsão: abril/2014 (datas em definição)	

ANEXO 7

Programa Saúde na Escola 2014 realizado pela UBS na EEFM na região de Vila Maria-Vila Guilherme do município de São Paulo

Cultura de Paz	Componente II (eixo de promoção e prevenção)	Oficina: PUFF	Promoção da Cultura de Paz e Prevenção da Violência visando o favorecimento da convivência, a inclusão e da cidadania, a partir dos princípios da Amizade, Justiça, Respeito, Não-Violença, Igualdade, Responsabilidade e Diversidade.		desafiar a cultura da paz: oferecer às famílias a importância do respeito de todos os indivíduos, a diversidade e a importância da saúde individual e coletiva.		Conscientizar os adolescentes, proporcionar a ação e a participação dos pais e da comunidade através de grupos de trabalho de convivência e diálogo, visando a promoção da cidadania e a prevenção da violência.	ROBOS DE CONVERSAR MENSA, 2ª edição - JORNAL O LANCEIRO EM JORNAL
Saúde Bucal	Componente I (avaliação de condições de saúde)	Atividade: CEB, ENEI e EVFP	Atividade de saúde bucal.		Grupo de trabalho de avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	realizado pelos odontólogos da Unidade	1. Avaliação da condição bucal através da Triagem de risco de saúde. A avaliação das condições de saúde bucal é realizada por odontólogos da Unidade. 2. Avaliação da condição bucal através da Triagem de risco de saúde. A avaliação das condições de saúde bucal é realizada por odontólogos da Unidade.	Atividade de saúde bucal (já em andamento)
	Componente II (eixo de promoção e prevenção)	Oficina: CB, ENEI e ENEF	Oficina de saúde bucal.					
Vigilância	Componente I (avaliação de condições de saúde)	Atividade: PAF			Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.
Atividade de saúde bucal	Componente II (eixo de promoção e prevenção)	Atividade: PAF	Atividade de saúde bucal.		Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.	Atividade de saúde bucal, avaliação de condições de saúde bucal e de avaliação de condições de saúde bucal.

ANEXO 7

Programa Saúde na Escola 2014 realizado pela UBS na EEFM na região de Vila Maria-Vila Guilherme do município de São Paulo

Alimentação Saudável	Componente II (ação de promoção e prevenção)	Essencial: EMEF	Ações de segurança alimentar e promoção de alimentação saudável: Educação Alimentar e Nutricional (EAN): baseado no Direito Humano à Alimentação Adequada e da Garantia de Segurança Alimentar e Nutricional - a prática da EAN deve fazer uso de recursos educacionais que favoreçam o diálogo entre os indivíduos em todas as fases de vida e	Alimentação Adequada e Saudável: apropriada aos aspectos biológicos, socioculturais, a cada fase da vida, com as necessidades alimentares específicas, a cultura, gênero, raça, etnia, meio ambiente, ser acessível;	1. Formação de hábitos alimentares saudáveis que colaborem para a aprendizagem, o estado de saúde do escolar e a qualidade de vida do indivíduo 2. Identificar os casos de desequilíbrio entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos que causam alterações físicas, desde quadros de desnutrição até sobrepeso e obesidade.		Ação proposta (participação das enfermeiras, nutricionista em parceria com educador físico de escola): 1. Avaliação Nutricional (alunos) 2. Orientação nutricional em grupos conforme diagnóstico identificado 3. Participação da nutricionista na reunião de pais palestrando sobre o tema	Etapas: 1. Avaliação Nutricional alunos: 15/05 às 9:00 e 17:00 2. Será agendado após avaliação nutricional 3. Conforme cronograma de maio 2014
Saúde Mental, Direitos Humanos e Alcool /Drogas	Componente II (ação de promoção e prevenção)	Optativa: EMEF	Abordagem da família		Auxiliar as famílias a minimizarem fatores de tensão na relação com os filhos, identificar fatores e atitudes protetoras na prevenção de risco.		1) A ação de saúde desenvolverá com familiares e professores orientações e palestras abordando prevenção às drogas, álcool e violência doméstica. A demanda espontânea será considerada e abordada em grupo ou individual 2) Rodas de conversa, com os professores no dia da reunião mensal. Participação da psicóloga e assistente social.	
	Componente II (ação de promoção e prevenção)	Essencial: EMEF	Abordagem intersetorial		Garantir um espaço de discussão e articulação da Rede de Apoio Psicossocial, composta pelos equipamentos de saúde, sociais, segurança, educação e lazer, disponíveis no território.		Criação de grupos intersetoriais para discussão de ações de saúde mental no território escolar, em articulação com o grupo de trabalho intersetorial do PSE: 1. TEAR EDUCACIONAL 2. Rodas de conversa, com os professores no dia da reunião mensal. Participação da psicóloga e assistente social.	1. DATA DE REALIZAÇÃO EM DISCUSSÃO COM O CAPS INFANTIL E DRE J/T.
	Componente II (ação de promoção e prevenção)	Optativa: EMEF	Abordagem dos protagonistas		Tratar as demandas de queixa escolar de forma não medicalizante, não culpabilizante e não patologizante da criança, família e escola, através de diálogo intersetorial educação-saúde visando aumentar eficiência, eficácia e efetividade das ações de prevenção e promoção da saúde mental do escolar		A partir dos relatórios escolares das crianças com suspeita de dificuldade de desenvolvimento escolar, o equipe (neuro, psicologia, nutrição, serviço social) se reúne com os coordenadores pedagógicos, buscando um atendimento multidisciplinar, que melhore o diálogo intersetorial saúde-educação, previna e promova a saúde mental das crianças em idade escolar e cria propostas de atendimento a demandas de queixa escolar de forma não medicalizante. Serão realizadas oficinas de atendimento.	datas ainda em definição

ANEXO 8

Ficha de Observação do Aluno pelos Professores

Ficha 1

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF

DRE-J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): 1º MENINO 1
Data de nascimento: 1/1/19 Ano/Ciclo: 1º
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional:

Diagnóstico/Queixa: Dificuldade de aprendizagem leitura e escrita; matemática; agressividade com os colegas durante recreio; entrada.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
As questões de disciplina e comportamento.
Dificuldades relacionadas a Fone. bocas de letras na fala e também na escrita.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
Quando fora da sala de aula, brincadeiras agressivas com os colegas.
Em casa, briga e acontecimento de forma a favorecer o seu lado.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
Dificuldades na leitura; bocas de letras na fala e também na escrita.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
Atividades diferenciadas para o aluno. Aulas de Reforço; intervenção dos professores mais individualizada.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?
Os familiares valorizam muito os relatos que o aluno leva para casa e muitas vezes são diferentes do que realmente aconteceu na escola.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:
Data: 1/1/19

Ficha 2

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): MENINA I
Data de nascimento: 14/03/2009 Ano/Ciclo: 2º
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: FEV/2013

Diagnóstico/Queixa: A aluna tem dificuldade de organização e organização, escreve algumas letras espalhadas e a família afirma que ela tem uma dificuldade, porém nunca trouxe a escola laudo médico.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

A desorganização e a dificuldade de organização tanto espacial quanto no uso de um material, assim como a escrita em um livro. Alargamos sua desatenção, pois, devido ao fato de que não está desenvolvendo as atividades que foram dadas depois de um tempo de determinação.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir.

Aspectos de relacionamento:

Relaciona-se bem com os demais alunos, incluindo os meninos. Pode ajudar os colegas em algumas atividades, porém não se preocupa.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Apresenta dificuldades ortográficas, mas escreve alfabeticamente. Letras de palavras e se escreva as palavras. Tem dificuldade de organização, pois escreve as palavras com certa dificuldade. Tem bastante dificuldade para compreender textos, especialmente quando lidos por ela. Tem bastante dificuldade com cálculos matemáticos e raciocínio lógico, com algumas atividades desse tipo com intervenção do professor.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Uso de letra bastão, atividades adaptadas com letras maiores e de relevo visualização. Uso de textos impressos e livros de apoio. Jogos de associação lógica.

Quais informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): A família afirma que a médica, após a consulta, não fez a avaliação, a criança tem uma dificuldade. Porém afirmamos que ela não está sendo atendida.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a):

Concorda com a queixa, mas às vezes acha que a aluna não vai fazer as atividades por falta de atenção. Na verdade, a família desconfia de que a criança não está sendo atendida.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 16/03/14

Ficha 3

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME
EMEF "A" _____
DRE-JT _____

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____ MENINO 2
Data de nascimento: 24/03/2007 Ano/Ciclo: 2ª
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: FEV/2014
Diagnóstico/Queixa: Dificuldades na fala

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento.

O aluno praticamente não se comunica na escola. Fala muito pouco, apenas com alguns colegas ou a professora da classe. As dificuldades na fala causam na timidez, levando o aluno a desenvolver posturas defensivas, pois ele não pode falar no momento quando sente necessidade. Sua dificuldade também interfere muito no processo de aprendizagem.

Descrever o(s) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir.

Aspectos de relacionamento.

Relaciona-se com poucos colegas. Não conversa com os adultos na escola, apenas quando questionado pessoalmente. Não interage com outras crianças após a aula. Possui a participação de atividades de interação como brincadeiras coletivas.

Aspectos de leitura e escrita: compreensão geral e raciocínio lógico:

O aluno possui os conceitos com a leitura silábica alfabética de escrita, porém, não utiliza um único fonema da letra para utilizá-lo, mas de uma fonema de apenas duas letras. Não reconhece sílabas ou palavras. É quando a professora lê a letra para ele, compreendendo com dificuldade. Também se interessa e consegue seguir operações de cálculo com números pequenos, mas tem dificuldades ainda quanto ao raciocínio lógico.

Quais e/ou estratégias já foram utilizadas com o(s) aluno(s):

Atividades de interação, brincadeiras com trava-língua, atividades adequadas ao seu processo de aprendizagem.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (resumo, dados familiares, rotina, atendimento médico): O aluno possui acompanhamento com psicólogo e fonoaudiólogo, que atua periodicamente na sua comunicação.

O que a família relate sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A família reconhece a dificuldade, tem a noção da necessidade, tanto que a mãe procura o tratamento médico na casa do pai.

Outras informações: Gravou de vídeo que sua dificuldade de fala interfere no processo de aprendizagem, mas o aluno tem problemas de audição, sendo que sua dificuldade de aprendizagem está relacionada à dificuldade de audição para a escola.

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório.

Caminho e assinatura da Equipe Gestora:
Data: 16/04/14

Ficha 4

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF: _____
DRE: JI7

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Ano Cido: 20____
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: _____

Diagnóstico/Queixa: NÃO ATINGIU OS OBJETIVOS PROPOSTOS PARA O 1º ANO/
TURMA ESTÁ EM FASE DE APRENDIZADO

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
APRESENTA DIFICULDADES DE AUTO-REGULAÇÃO DETONADA
AGRESSIVIDADE EM SITUAÇÕES DE CONFLITO

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
RELACIONA-SE BEM MAS ENVOLVE-SE EM CONFLITOS
COM MUITA FREQUÊNCIA

Aspectos da leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
O ALUNO ESCREVE DE ACERTO COM A HÍPÓTESE SILÁ-
BICA COM VALOR SONORO UTILIZANDO ORA A VOGAL ORA A
CONSOANTE PARA REPRESENTAR AS SILABAS.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
USO DE LETRA BASTÃO, JOGOS DE ALFABETIZAÇÃO COM
LETRAS E ATIVIDADES LÚDICAS AO SEU PROCESSO DE
APRENDIZAGEM

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): _____

O que a família relatar sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)? _____

Outras informações: _____

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório: _____

Campo e assinatura da Equipe Gestora:
Data: 14/04/14

Ficha 5

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE: JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data do nascimento: ____/____/____ Ano/Ciclo: 1º
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nessa Unidade Educacional: _____

Diagnóstico/Queixa: A ALUNA NÃO ATINGIU OS OBJETIVOS PROPOSTOS PARA SÉRIE/TURMA, QUASE NÃO SE COMUNICA NA ESCOLA, POSSUI DIFICULDADES PARA EXERCER A LÍNGUA

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
A ALUNA QUASE NÃO SE COMUNICA NA ESCOLA, TENTA FAZER AS ATIVIDADES PROPOSTAS, MAS SUA DIFICULDADE EM EXERCER A LÍNGUA atrapalha seu rendimento

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
RELACIONA-SE POUCO COM OS COLÉGOS E PROFESSORES

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
A ALUNA DESCREVE DE ACORDO COM A HIPÓTESE PRÉ-SILÁBICA, UTILIZA LETRAS ALEATORIAS

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
ATIVIDADES DE INTERAÇÃO, JOGOS, BRINCADERIAS, JOGOS DE ALFABETIZAÇÃO, E ATIVIDADES ADAPTADAS AO SEU PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): _____

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)? _____

Outras informações: A COORDENADORA ORIENTOU A MÃE PARA PROCURAR UM OFTALMOLOGISTA

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório: _____

Carimbo e ass. natura da Equipe Gestora:

Data: 14/04/14

Ficha 6

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF

DRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Ano/Ciclo: 2A
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: _____

Diagnóstico/Queixa: apresenta dificuldade de aprendizagem

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Principalmente o que nos preocupa é a dificuldade apresentada pelo aluno em assimilar conteúdos e não estar alfabetizado.

Descrever o(a) aluno(a) em causa um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Possui um bom relacionamento com todos colegas de classe e é atencioso e preocupado.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

O aluno não lê, não escreve e possui muita dificuldade em entender conteúdos. Não possui raciocínio lógico em atividades cotidianas.

Quais recursos/estratégias já foram utilizados com o(a) aluno(a):

Já foram realizadas várias atividades individuais, jogos, projetos diferenciados.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

Está sendo atendido pelo CAPS.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Diz não saber o motivo e pedir um encaminhamento da mesma.

Outras informações: _____

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Continuação ass. titular da Equipe Gestora:

Data: 23/04/19

Ficha 7

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF

NRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Ano/Ciclo: 2C
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: _____

Diagnóstico/Queixa: Aluno muito agitado com vários problemas
no processo ensino-aprendizagem.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

O comportamento da família na ajuda para
revertermos esse comportamento.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos do relacionamento:

Periadas em que convive bem com todos, outros em que
está muito agitado e agitado.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Como é muito agitado, falta concentração, sendo
assim não lê, escreve pouco e em alguns momentos
não possui raciocínio lógico.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Atividades diversificadas, jogos, brincadeiras, conversa
com a família.

Que informações a cerca conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

Quem nasceu a guarda do aluno é a mãe,
ela tem uma filha mais velha (segunda filha) e a filha também
é filha de uma de briga.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A mãe diz também não saber o que fazer, porém
leva o ao médico e o mesmo está fazendo remédio.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram na escrita do relatório:

Caminho e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 23/04/19

Ficha 8

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME
EMEF

DRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 5.11.1993 Ano/Ciclo: 3º
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 1º ano

Diagnóstico/Queixa: Dificuldade de aprendizagem em leitura, matemática e escrita. Tem dificuldade de memorização.

O que mais preocupa a equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Dificuldade de leitura escrita e sistema de numeração

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

não tem problema, é um pouco tímido

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

apresenta muita dificuldade em leitura e escrita

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

letras móveis, atividades em grupo

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (assiduidade, dados familiares, rotina, atendimento médico):

nenhuma

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 11/11/2013

Ficha 9

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 29/01/2006 Anos C/da: 3A
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 1 ano
Diagnóstico/queixa: indisciplinado. Dificuldade em aprender, pouco
em seu comportamento.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

dificuldade de leitura e escrita, siste-
ma de numeração

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

apresenta indisciplina

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

apresenta muita dificuldade de leitura e escrita
e sistema de numeração

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

leitura silenciosa e atividades em grupo

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

nenhuma

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 10

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
ENFE

DRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
 Data de nascimento: 18/03/2003 Ano/Ciclo: 5a
 Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: _____
 Diagnóstico/Queixa: Silábica sem valor sonoro, reconhece as letras mas não sabe ligar as letras nas sílabas
 O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
Neste estágio o aluno deveria estar alfabetizado lendo e escrevendo. Porém, o que não acontece, sabe copiar mas não lê.
 Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:
 Aspectos de relacionamento:
Ele tem um bom relacionamento com os colegas, mas vergonha por não saber ler.
 Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
Nas avaliações feitas atualmente o aluno consegue compreender.
 Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(s):
- avaliações feitas atualmente, trabalho de recuperação paralela
 Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): 18/03/2003
nome pai: Sr. Elizandro Maria Gomes
nome mãe: Sra. Elzabeth Maria Gomes
telefone: Comp. 3439-7233 / Res. 3439-7233 / Cel. 3439-7233
 O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?
Família suplica
 Outras informações: _____
 Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:
Professora Adriana
 Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:
 Data: 1/1

Ficha 11

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SIME
ENEF

DRE - JTI

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Ano: ____ Gênero: ____
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: ____
Diagnóstico/Queixa: Dificuldade de aprendizagem leitura e escrita, matemática, compreensão de textos, colegas durante período letivo.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Seus questionários de desempenho, dificuldade de compreensão de textos, colegas durante período letivo.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir

Aspectos de relacionamento:

Quando fora de sala de aula, brincadeiras e jogos com os colegas, com o professor, com a família e com a comunidade.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Dificuldade na leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico.

Quais recursos/estratégias já foram utilizados com o(a) aluno(a):

Atividades diferenciadas para o aluno, aulas de reforço, intervenção dos professores nas atividades letivas.

Que informações a escola possui sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

Por que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Os familiares relatam sobre os relatos que o aluno leva para casa, sobre os relatos que o aluno leva para casa, sobre os relatos que o aluno leva para casa.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escola do relatório:

Prof.ª Maria da Glória, Prof.ª Maria da Glória, Prof.ª Maria da Glória.

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: ____/____/____

Ficha 12

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF "

DRE-J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 23.10.1995 Anos/Ciclo: 3A
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 1º ano

Diagnóstico/Questões: in-gestão de tempo, falta de organização, não consegue manter a atenção, não consegue ler e escrever

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

dificuldade de escrita e raciocínio lógico

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos do relacionamento: Quanto da sala, o relacionamento dele é ruim, mas apresenta problemas

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

apresenta muita dificuldade em leitura e escrita

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

letras móveis, ateliê em grupo

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

nenhuma

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

[assinaturas]

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 1/11

Ficha 13

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
ENEF - EDUCAÇÃO NÃO FORMAL
DRE - J17

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): Adriana Pereira Silveira
Data de nascimento: 19/11/2003 Ano: 5B
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional:
Diagnóstico/Queixa: Adriana Pereira Silveira - não reconhece nome as vogais

O que mais preocupa a Equipe Escolar (estrela) e o(a) aluno(a) neste momento:
Adriana não reconhece as vogais, fundamentalmente, e também o tipo do ciclo, não consegue fazer as atividades da casa, não reconhece as vogais, não reconhece as vogais, não reconhece as vogais.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir.

Aspectos do relacionamento:
Adriana relaciona-se bem com os colegas, fica muito ansiosa por não estar no mesmo nível de alfabetização dos colegas.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
Não foi possível avaliar este aspecto, devido a escrita e raciocínio lógico por ela não reconhecer as vogais, não reconhecer as vogais, não reconhecer as vogais.

Quais estratégias/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
Adriana não reconhece as vogais, não reconhece as vogais, não reconhece as vogais, não reconhece as vogais, não reconhece as vogais.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): Data nascimento: 19/11/2003

Nome: Adriana Pereira Silveira
Telefone: 2493-8651 / Cel. 3226-9831 / Cel. 9931-1866

O que a família relata sobre a escola e o(a) aluno(a):
A família culpa a escola e não atende aos pedidos de encaminhamento.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escola do relatório:
Professora

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:
Data: 1/1/2004

Ficha 14

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME
EMEF

DRE: J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____

Data de nascimento: 12/10/2002 Ano/Ciclo: 7º ano A - Ciclo IIData e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2014Diagnóstico/Queixa: Problemas auditivos e dificuldade de ouvir

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Os problemas auditivos dificultam sua aprendizagem.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento

É tímido, dificuldade de trabalhar em grupos, esolas, pede para ficar na frente. É reservado.

Aspectos da leitura e escrita: compreensão geral e raciocínio lógico.

Apresenta algumas dificuldades de acompanhar o que é ensinado por conta dos problemas auditivos.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Perca na frente. Professor o atende individualmente.Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): A família é boliviana, possui filhos com deficiência.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Em reunião de pais a mãe relatou que o filho tem problema auditivo e que estava utilizando uma aparelho.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Rosa Maria, Amanda Mazzali, Ana Luiza, Francisco, Lúcia, Luciana, Rosângela, Valéria, Maria, Janete.

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 1/1/

Ficha 15

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE-JIT

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 09/06/2001 Ano/Ciclo: 5º ano A - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2008

Diagnóstico/Queixa: Hiperatividade, desatenção emocional, crises de ansiedade física e verbal em relação aos estudos. Não consegue fazer as tarefas compulsivamente e de forma satisfatória e organizada.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Não consegue trabalhar com tanta autonomia. Quer mostrar que sabe. Não consegue fazer sozinho. Não consegue parar de falar. Não aceita nenhuma crítica dos professores. Não consegue seguir regras. Inquieto, agitado.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Extremamente agressivo ao se dirigir a colegas, professores, pais. Não consegue dialogar, só quer defender sua opinião.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Escreve com muita dificuldade, mas só faz quando se dispõe ao, e pressionado.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Conversas, orientação da família, orientações dadas pelos professores. Encaminhamentos para Psicopedagogia.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): A família (mãe) declara que já não consegue ter controle sobre ele.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Dificuldades de relacionamento com familiares.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: 1/1/2008

Ficha 16

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 29/09/2004 Ano/Ciclo: 7ª ano A - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2008

Diagnóstico/Queixa: Despensa, desorganizada com seu próprio material

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
Não consegue manter a atividade. Levanta-se com frequência. Desorganizada com o material.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
Relaciona-se bem com os colegas e professores.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
Muitas dificuldades em leitura e escrita.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
Estimulação na escola. Envolvimento da mãe e professora.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): A escola sabe de histórico do HIV nos pais.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?
A família (outros irmãos do aluno) também apresenta frequência irregular.

Outras informações: _____

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório: _____

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 17

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____

Data de nascimento: 03/11/2001 Ano/Ciclo: 7ª série A - Ciclo II

Data o ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2019

Diagnóstico/Queixa: Dificuldade de comunicação. Em termos de oralidade, não apresenta muitos avanços.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Extremas dificuldades com leitura/escrita (o professor não consegue ler o que o aluno escreve). Fala muito baixo.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Não se relaciona com a turma, trava-se. Obedece comandos dos professores.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão oral e raciocínio lógico:

Extremas dificuldades. Não consegue produzir frases autônomas. Os copiar, comete muitos erros.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Orientação dos professores, com apoio individualizado. Fala-se na frente.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): Família brasileira. Não houve muito contato com a família.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: __/__/__

Ficha 18

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE - J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 04/06/2003 Ano/Ciclo: 7B
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: _____
Diagnóstico/Queixa: Tem dificuldade de aprendizagem, apre-
sentando movimentos repetitivos quando fica sozinho.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
O baixo rendimento escolar e o comportamento
infantilizado do aluno

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
Dificuldade em se relacionar c/ os colegas,
está sempre isolado.

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico.

Tem dificuldade

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Atuação familiar e recuperação paralela

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): O aluno é criado pelos avós

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:
Data: 11/11

Ficha 19

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME

EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____

Data de nascimento: 21 / 11 / 2000 Ano/Ciclo: 5ª série B - Ciclo II

Data o ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2007

Diagnóstico/Queixa: A aluna não está alfabetizada, não desenvolve nenhum tipo de atividade, e a pressão arterial é extremamente

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
Não apresenta avanços de aprendizagem.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
Dificuldade em acatar normas e regras

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico.

Apresenta muita dificuldade

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Recuperação paralela, atendimento individualizado em sala de aula.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico).

A aluna é filha de mãe e quem tem a guarda é o avô materno.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A família diz que em casa a aluna é rebelde.

Outras informações: _____

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório: _____

Campo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 20

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF -

DRE - J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a):

Data de nascimento: 01/03/2002 Ano/Ciclo: 4º ano B - 2009 ciclo II

Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2012

Diagnóstico/Queixa: Problema na fala, deficiência física, intelectual, agressividade verbal e física, frequência irregular

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

O aluno não avança no aprendizado

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos do relacionamento:

Não tem bom relacionamento com os colegas devido a sua agressividade.

Aspectos da leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Muita dificuldade em leitura escrita e raciocínio lógico. Ele não tem interesse em desenvolver nenhuma atividade.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Orientação familiar e atendimento especializado na escola SAAE (a família trouxe o aluno de atendimento).

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

Conhece o histórico de nascimento, rotina e atendimento médico.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a):

Relata que ele em casa é agressivo com os irmãos.

Outras informações:

O aluno tem indicação para tomar medicação mas a família se nega a medicá-lo conforme relatório médico enviado para a escola.

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 21

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE-J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____

Data de nascimento: 29/08/2007 Anos/Ciclo: 7º ano C - Ciclo II

Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2009

Diagnóstico/Queixa: A mãe pediu ajuda na escola porque em casa apresenta comportamentos repetitivos e às vezes leva os filhos para amarrar o lençol e não consegue

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

que preocupa a escola é a pedomanização da mãe

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico).

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: ____/____/____

Ficha 22

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a):

Data de nascimento: 30/06/2002 Ano/Ciclo: 4º ano C - Ciclo II

Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2009

Diagnóstico/Queixa:

O aluno é disperso, dificuldade de organização, muda de comportamento sempre com o intuito de chamar a atenção.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

O aluno não apresenta avanço na aprendizagem.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Tem dificuldades de relacionamento com os colegas.

Aspectos da leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Tem dificuldades, não tem autonomia.

Quais recursos/ estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Atendimento individualizado e recuperação paralela.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

A família informou que a criança foi adotada.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A mãe reclama que em casa tem comportamento inadequado.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 23

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME
EMEF

DRE- J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 01/08/2000 Ano/Ciclo: 3ª ano 4 - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2013

Diagnóstico/Queixa: O aluno é disperso, tem dificuldade de entender comandos, não está alfabetizado, é inquieto, inseguro, desorganizado.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
não apresenta avanços na aprendizagem

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
se relaciona bem

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
extrema dificuldade

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
for encaminhado p/ atendimento SAAL

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico): teve meningite aos três anos de idade

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?
a mesma queixa da escola

Outras informações: _____

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório: _____

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

Ficha 24

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME

EMEF

DRE-J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 19/04/1999 Ano/Ciclo: 5º ano C - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2006

Diagnóstico/Queixa: O aluno não tem interesse em nenhuma das atividades propostas, entra em conflito constantemente com os colegas, não aceita nenhuma regra.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:
Baixo rendimento escolar e as atitudes em relação aos colegas.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Extrema dificuldade

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Orientações familiares e encaminhamentos à Equipe após reuniões, embora não frequentes.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

O aluno apresenta as mesmas dificuldades desde os 1º anos.

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A família não ciente dos problemas.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: ____/____/____

Ficha 25

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EMEF

DRE - J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 06/10/1999 Ano/Ciclo: 9º ano A - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2007
Diagnóstico/Queixa: Dentro no desenvolvimento das atividades,
frequência irregular, dificuldades em manter as relações
com os colegas, instabilidade emocional que gera falta de rotina.
O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

Rendimento escolar baixo

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:
Dificuldades de relacionamento com os colegas

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:
tem dificuldades

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):
Orientações individualizadas e familiar e recuperação paralela.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?
A mãe solicita ajuda.

Outras informações:

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:
Data: ____/____/____

Ficha 26

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
ENEF

DRE - J/T

FICHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNO

Nome do aluno(a): _____
Data de nascimento: 09/03/1999 Ano/Ciclo: 4º Ano A - Ciclo II
Data e ano do ciclo em que iniciou os estudos nesta Unidade Educacional: 2006

Diagnóstico/Queixa: Não participa de nenhum tipo de atividade, não se socializa e está sempre isolado. Tem baixa frequência.

O que mais preocupa a Equipe Escolar neste(a) aluno(a) neste momento:

As poucas vezes que vem para a escola, não paga as faltas e é responsável por algumas faltas.

Descrever o(a) aluno(a) em cada um dos aspectos a seguir:

Aspectos de relacionamento:

Isolamento;

Aspectos de leitura e escrita, compreensão geral e raciocínio lógico:

Apresenta pouco interesse nas atividades propostas ficando assim difícil a aprendizagem.

Quais recursos/estratégias já foram utilizadas com o(a) aluno(a):

Atuação familiar e encaminhamento para reforço, embora o aluno não frequente.

Que informações a escola conhece sobre o aluno? (nascimento, dados familiares, rotina, atendimento médico):

O que a família relata sobre a queixa da escola sobre o(a) aluno(a)?

A mãe nos informou que ele sofreu um acidente de carro e está com fortes dores de cabeça.

Outras informações: Mudou-se de escola e retornou a ser um aluno responsável e interessado nas mesmas.

Nome dos professores que participaram da escrita do relatório:

Carimbo e assinatura da Equipe Gestora:

Data: / /

ANEXO 9

Relatório da Coordenadora Pedagógica dos alunos com queixa escolar da EEFM Vila Maria-Vila Guilherme

	Foto	
1ºC	MENINO 1	Aluno não alfabetizado - faz acompanhamento. Tem fala muito agressiva, sempre vai morder alguém. Respeita os homens porque diz que eles são fortes
1ºC		Os pais são irmãos - Os irmãos todos tem problemas de audição e a Lara também parece ter baixa audição - Também tem problema de visão
1ºC		Alfabetizado mais agitado
1ºC		Chora muito, tudo o incomoda, apontando o lápis uma casquinha ficou em seu dedo, isso já é um problema.
1ºC		Visão
1ºC		Agitada e machuca os colegas, bate, belisca, morde - já está com acompanhamento
2ºC		Aluno autista com acompanhamento pela SAAI
2ºC		Não tem problemas familiares. Confunde o real com o imaginário, chora muito com qualquer divergência de ideias. Seus relatos são extremamente dramatizados. Não consegue cumprir os combinados.
2ºC		Muita dificuldade de aprendizagem
2ºC		Aluno muito agitado, toma ritalina e assim mesmo é inquieto.
3ªA		Dificuldade de escrita. Faz progressos mas num ritmo mais lento
3ªA		Aluno D.I., tem acompanhamento da SAAI
3ªA		Aluna com implante coclear. Mora com a tia, perdeu o aparelho. Frequenta SAAI e outra unidade para aprender a língua dos sinais

ANEXO 9

Relatório da Coordenadora Pedagógica dos alunos com queixa escolar da EEFM Vila Maria-Vila Guilherme

2º B	1	Muita dificuldade de aprendizagem, bastante desotento
2º B		Gagueira
2º B		Tem dificuldade de aprendizagem . Família complicada, (irmã do Luiz e da Sara)
2º A		Aluno autista com acompanhamento da SAA da escola. Muitas faltas.
2º A		Aluno D.I tem avançado na aprendizagem, tem acompanhamento da SAA da escola. Ultimamente está muito agitado e não realiza atividades de classe.
2º A		Evoluiu bastante – Já está alfabetica
2º A		Dificuldade de aprendizagem, não conhece todas as letras. É desorganizado, lento mas esforçado (S.A)
2º A		(S.A.) É esforçado, mas tem muita dificuldade. Indisciplinado, gosta de briga.
2º A		Melhorou. Alfabetica.
2º A	ME NINA 2	Tem muita dificuldade de aprendizagem, muito lento e agora vai passar por uma cirurgia de intestino. Não se comunica, não se escuta sua voz, nem com as crianças.
2º A	ME NINA 1	Suspeita de dislexia, demorou muito para se alfabetiza. Muita dificuldade de concentração, conversa demais
2º A	Rafaela Silva Leite	Problema de visão. Não realiza as atividades, dificuldade grande de concentração, nem as atividades adaptadas consegue fazer.
4º A		Aluno tem problema sério de fala e muita dificuldade na aprendizagem, demorou muito para se alfabetizar e ainda não tem autonomia na escrita e na leitura. Tem problemas de assumir o que fez.

ANEXO 9

Relatório da Coordenadora Pedagógica dos alunos com queixa escolar da EEFM Vila Maria-Vila Guilherme

	Siva	
3ºA		Aluno tem dificuldade de aprendizagem, ainda não lê. É disperso e indisciplinado
3ºA		Dificuldade de aprendizagem, seu ritmo é bem lento (na escrita e na leitura). Tem dificuldade de comunicação.
3ºA		Dificuldade de aprendizagem. Aluna apanhou da mãe e ficou marcada, foi encaminhada para o Conselho Tutelar.
3ºB		
3ºB		Aluna com deficiência no aparelho urinário, não possui uretra. Utiliza sonda.
4ºA		Aluno tem dificuldade de aprendizagem, é alfabetizado mas com pouco domínio
4ºA		Problema de Fôca
4B		O aluno dorme durante a aula, não conclui as tarefas, está sempre disperso.
4B		Aluno bem agitado
4B		Dificuldade de aprendizagem. Mas é muito esforçada.
4B		Dificuldade de aprendizagem. Chegou a pouco tempo da Bahia.
4C		Dificuldade de aprendizagem
4C		Dificuldade de Aprendizagem, Disperso, não realiza tarefas, Indisciplinado.

ANEXO 9

Relatório da Coordenadora Pedagógica dos alunos com queixa escolar da EEFM Vila Maria-Vila Guilherme

TURMA	ALUNO	QUEIXA
3ºC		Aluno com D.I. atendido pela SAAI da escola
3ºC		Aluno com D.I. atendido pela SAAI da escola
3ºC		Consegue compreender as atividades porém não consegue concluir nenhuma, é muito agitado
3ºC		
3ºC		Aluno tem dificuldade de aprendizagem e pouca concentração.
3ºC		A aluna consegue acompanhar as atividades mas tudo a distância
3ºC		Muita dificuldade de aprendizagem
2ºB		Aluno Autista acompanhado pela SAAI da escola e terapias na ABADs
2ºB		Não alfabetizado, agitado e tem problemas familiares
2ºB		Aluna com muita dificuldade de aprendizagem, a mãe não dá continuidade as avaliações. Tem irmão com DI. Atendido pela CAPSI segundo a mãe
2ºB		Aluna com baixa visão, copia de lras para frente, nem com ajuda consegue realizar as tarefas, família boliviana não aprendeu as solicitações de leitura o aluno tem muita dificuldade de aprendizagem.
2ºC		Aluno com muitos problemas familiares, foi encaminhado o ano passado ao CT por recusa da mãe em leva-lo ao médico(a mãe é ex presidiária e temos informação que é traficante) O aluno já trouxe duas vezes capsulas de drogas para a escola. Agora parece que está com acompanhamento e tomando medicação.

ANEXO 9

Relatório da Coordenadora Pedagógica dos alunos com queixa escolar da EEFM Vila Maria-Vila Guilherme

5ºA		Dificuldade de aprendizagem
5ºA		Aluno D.I. acompanhado pela SAAI da Unidade
5ºA		Aluna com dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento, não atende as regras. Frequenta recuperação paralela da escola.
5ºB		Aluno D.I. acompanhado pela SAAI da Unidade, iniciou acompanhamento com a instituição Recanto
5ºB		Aluno com muita dificuldade de aprendizagem, tem problemas de fala. Está na recuperação paralela da escola.
5ºB		Aluna com dificuldade de aprendizagem, tem interesse em aprender mas avança pouco
5ºB		Tem aprendizagem em um ritmo mais lento, mas o comportamento bem agitado. Organiza o material na sua mesa várias vezes, tudo tem que estar no mesmo lugar.

ANEXO 10

PORTARIA Nº 6.566, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2014.

Dispõe sobre a implantação e implementação do Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem – NAAPA, nas Diretorias Regionais de Educação da Secretaria Municipal de Educação, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais e, CONSIDERANDO:

- A Lei Federal nº 5.766/71, de 20/12/71, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências;
- A Lei Federal nº 8.742, de 07/12/93, de que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências;
- A Lei Federal nº 9.394, de 20/12/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional;
- A Lei Federal nº 8.069, de 13/07/90, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;
- A Lei Municipal nº 15.719, de 24/04/13, que dispõe sobre a implantação de Assistência Psicopedagógica em toda a Rede Municipal de Ensino;
- A Lei Municipal nº 15.960, de 08/01/14, que institui o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante na Rede Municipal de Ensino;
- O contido no Decreto nº 45.415, de 18/10/04, que estabelece diretrizes para a Política de Atendimento a Crianças, Adolescentes, Jovens e Adultos com Necessidades Educacionais Especiais no Sistema Municipal de Ensino;
- O contido no Decreto nº 51.778, de 14/09/10, que institui a Política de Atendimento de Educação Especial, por meio do Programa Incluir;
- O estabelecido no Decreto nº 54.452, de 10/10/13, que institui o “Programa de Reorganização Curricular e Administrativa, Ampliação e Fortalecimento da Rede Municipal de Ensino – Mais Educação São Paulo”;
- O contido no Decreto nº 54.769, de 17/01/14, que regulamenta a Lei nº 15.719, de 24/04/13, que dispõe sobre a implantação de Assistência Psicopedagógica em toda a Rede Municipal de Ensino;
- O contido no Decreto nº 55.309, de 17/07/14, que regulamenta a Lei nº 15.960, de 08/01/14, que institui o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante na Rede Municipal de Ensino;
- O contido no Programa de Metas do Governo Municipal 2013/2016;
- O estabelecido na Portaria SME nº 5.930, de 14/10/13, que regulamenta o Decreto nº 54.452, de 10/10/13, que institui, na SME, o “Programa de Reorganização Curricular e Administrativa, Ampliação e Fortalecimento da Rede Municipal de Ensino – Mais Educação- São Paulo”;
- A Orientação Normativa SME nº 01, de 02/12/13, que promove orientações sobre a “Avaliação na Educação Infantil – Aprimorando Olhares”;
- As diretrizes da Política Educacional da Secretaria Municipal de Educação, com foco na Gestão Pedagógica, no acesso e permanência do educando na Educação Básica e na melhoria da qualidade de ensino;
- A necessidade de melhoria dos resultados das aprendizagens obtidos nas avaliações internas e externas empregadas como parâmetros na definição das estratégias e ações pedagógicas visando ao constante aprimoramento da qualidade de ensino;
- A necessidade de efetivar a articulação entre os serviços de Educação, Saúde, Assistência Social, dos Direitos Humanos e da Justiça, entre outros, visando o fortalecimento de uma Rede de Proteção Social no território;
- A importância da convivência democrática nas Unidades Educacionais entre a comunidade escolar de modo a criar práticas educativas visando à valorização da mediação de conflitos, a cultura do respeito, a diversidade e o pluralismo de ideias; - que o Núcleo Multidisciplinar vinculado à SPDM, com serviço conveniado nos termos da Portaria SME nº 5.594, de 28/11/11, demonstrou receber demanda superior a 50% de educandos encaminhados com outras questões que não as específicas da Educação Especial;

- A importância de garantir a continuidade do trabalho desenvolvido pelo Núcleo Multidisciplinar em apoio ao CEFAP – Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão, às equipes educacionais e às famílias dos educandos público alvo da Educação Especial.

RESOLVE:

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem – NAAPA, criado nos termos do artigo 4º do Decreto nº 55.309, de 17/07/14 será implantado em cada uma das Diretorias Regionais de Educação – DREs, vinculado às Diretorias de Orientação Técnico-Pedagógicas – DOTs-P e terá como objetivos:

I- Articular e fortalecer a Rede de Proteção Social no (s) território (s);

II- Apoiar e acompanhar as equipes docentes e gestoras no processo de ensino-aprendizagem dos educandos que apresentam dificuldades no processo de escolarização, decorrentes de suas condições individuais, familiares ou sociais que impliquem em prejuízo significativo no processo de ensino aprendizagem;

III – realizar, no NAAPA, avaliação multidisciplinar aos educandos, mediante análise da solicitação da Equipe Gestora.

§1º - O serviço descrito no caput deste artigo não se caracterizará como atendimento terapêutico, tanto nas Unidades Educacionais quanto nas Diretorias Regionais de Educação- DREs.

§2º - Os serviços do NAAPA deverão ser organizados e desenvolvidos considerando:

I- Os Projetos Político-Pedagógicos das Unidades Educacionais;

II- A visão de currículo como construção sócio-histórico-cultural e instrumento privilegiado da constituição de identidades e subjetividades, com a participação intensa da Comunidade Educativa;

III- a cultura da escola, gestão escolar, acompanhamento e organização de práticas que reconheçam, considerem, respeitem e valorizem a diversidade humana, as diferentes maneiras e tempos para aprender.

Art. 2º - O NAAPA será composto por uma equipe multidisciplinar constituída por:

I – 01 (um) Coordenador;

II - 02 (dois) Psicopedagogos;

III - 02 (dois) psicólogos;

IV - 01 (um) Fonoaudiólogo;

V - 01 (um) Assistente Social; e

VI – 01 (um) Auxiliar Técnico de Educação.

§ 1º - Os profissionais aludidos no caput deste artigo serão nomeados/designados para cada Diretoria Regional de Educação na seguinte conformidade:

I – 1 (um) Coordenador do NAAPA, nomeado Assistente Técnico Educacional I, dentre os integrantes da Carreira do Magistério Municipal, observada as atribuições para a função;

II – 2 (dois) Psicopedagogos e 1(um) psicólogo, designados para a função, dentre os integrantes da Carreira do Magistério Municipal, observada a habilitação específica para cada função;

III – 1(um) psicólogo, 01(um) Fonoaudiólogo e 1(um) Assistente Social, contratados por entidade sem fins lucrativos, por meio do convênio firmado com a Secretaria Municipal de Educação;

IV - 1 (um) Auxiliar Técnico de Educação, dentre os integrantes do Quadro dos Profissionais de Educação.

§ 2º - Os NAAPAs serão coordenados por um profissional integrante da Carreira do Magistério Municipal, referido no inciso I do § anterior, com desejável experiência em:

I - Alfabetização;

II – Formação de Professores;

III – trabalhos relativos à inclusão de Alunos com Deficiência, Transtorno Global do Desenvolvimento - TGD, Altas Habilidades/Superdotação, nas classes comuns da Rede Municipal de Educação;

IV – Mediação de conflitos.

§ 3º - Excepcionalmente, desde que justificada a necessidade, o Diretor Regional de Educação da DRE, poderá solicitar a autorização para a designação de outros profissionais da Rede Municipal de Ensino, para as funções de Psicopedagogo e Psicólogo, além do módulo mínimo, previsto no caput deste artigo, mediante anuência do Secretário Municipal de Educação.

Art. 3º - O NAAPA deverá funcionar em espaço adequado e com acessibilidade arquitetônica, de modo que ofereça condições para a interlocução com os diferentes setores da DRE, em especial, DOT-P, CEFAI, Supervisão Escolar e Programas Especiais bem como com os serviços de Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, do Judiciário, dentre outros, para a construção de uma Rede de Proteção Social no território.

Parágrafo Único - O espaço do NAAPA deverá possibilitar:

- a) o atendimento aos educandos, seus familiares/responsáveis, às equipes das Unidades Educacionais e aos profissionais da DRE;
- b) a organização do acervo de materiais específicos para o trabalho;
- c) o desenvolvimento de atividades de avaliação multidisciplinar;
- d) a organização de reuniões específicas para estudos de caso e planejamento de ações junto às Unidades Educacionais.

e)

Art. 4º - O NAAPA deverá elaborar seu Plano de Trabalho, articulado com o Plano de Trabalho da própria DRE, e seus diferentes setores, efetuando sua revisão anual, em consonância com as diretrizes da Política Educacional da SME, contendo: justificativa, objetivos, serviços a serem realizados, cronograma de trabalho, estratégias para o mapeamento da demanda do território, identificação e atribuições dos profissionais da equipe do NAAPA, tipos de instrumentos de avaliação a serem desenvolvidos pela equipe multidisciplinar, plano de formação continuada, avaliação e recursos físicos, humanos e materiais envolvidos.

Art. 5º - O NAAPA terá as seguintes atribuições:

I – Realizar o serviço itinerante, mediante as necessidades apontadas pelas Unidades Educacionais;

II – Realizar avaliação multidisciplinar, com enfoque pedagógico, a qual efetivamente contribua para as ações pedagógicas, envolvendo os educadores das Unidades Educacionais com a participação das famílias e/ou responsáveis e, se preciso for, de profissionais que compõem a Rede de Proteção Social do território;

III – identificar dificuldades e necessidades da Equipe Escolar em relação aos educandos, público-alvo desse serviço;

IV - Organizar estudos de caso, com os educadores envolvidos, a Equipe do NAAPA e, se necessário, discuti-los com os profissionais que compõem a Rede de Proteção Social do território;

V – Elaborar relatório dos atendimentos realizados com o devido registro virtual e/ou físico;

VI – Oferecer orientações aos profissionais das DREs, às Equipes Escolares e aos familiares e/ou responsáveis, a fim de contribuir com o processo educacional;

VII – orientar as Equipes Escolares na construção e implantação de ações para a mediação de conflitos nas Unidades Educacionais, quando necessário;

VIII – realizar encaminhamentos e intermediações junto aos serviços de Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos e da Justiça, dentre outros;

IX - Articular e fortalecer a Rede de Proteção Social no território, visando à integralidade de atendimento ao munícipe, participando e/ou organizando reuniões intersetoriais junto aos serviços públicos (CRAS, CREAS, CCA, CJ, UBS, NASF, CAPS (s), Conselhos Tutelares, entre outros), entidades parceiras e às Unidades Educacionais;

X – Promover atividades formativas destinadas à Comunidade Escolar sobre temas relevantes a sua área de atuação, em parceria com DOT P, CEFAI, Supervisão Escolar e Programas Especiais;

XI – participar de eventos realizados pela DRE/SME divulgando as experiências de apoio e acompanhamento ao processo de ensino- aprendizagem, efetivadas pelo NAAPA em conjunto com as Equipes Escolares;

XII – desenvolver ações em parceria e apoio ao CEFAI nos processos de avaliação, orientação e encaminhamentos dos educandos com deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento - TGD e altas habilidades/superdotação.

Art. 6º – O Coordenador do NAAPA, em sua atuação profissional, deverá considerar os contextos sociais, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, da Justiça, dentre outros, mediante as necessidades apontadas pelas Unidades Educacionais, vinculadas à DRE de seu exercício, e realizar o serviço itinerante desempenhando as seguintes atribuições:

- I – Coordenar a elaboração, implementação e avaliação do Plano de Trabalho do NAAPA;
- II – Orientar a Equipe do NAAPA e as Equipes Escolares na identificação das demandas dos educandos, público-alvo desse serviço, conforme artigo 1º desta Portaria;
- III – Articular a Equipe do NAAPA aos setores da DRE favorecendo a identificação dos serviços disponíveis nas áreas da Educação, da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos e da Justiça, dentre outros, visando o fortalecimento do trabalho intersetorial e da Rede de Proteção Social no território;
- IV – Participar de estudos de caso, com os educadores envolvidos, a Equipe do NAAPA e, se necessário, discuti-los com os profissionais que compõem a Rede de Proteção Social do território;
- V – Discutir com a Equipe do NAAPA e demais profissionais envolvidos os critérios para os encaminhamentos necessários, considerando as discussões realizadas e/ou a documentação disponibilizada pela Unidade Escolar, família e/ou responsáveis;
- VI – Garantir formação continuada para a equipe do NAAPA, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Educação - SME, consideradas as necessidades locais;
- VII – Acompanhar a atuação da Equipe do NAAPA junto às Unidades Educacionais, considerando as demandas apresentadas;
- VIII – Participar das atividades de formação continuada promovidas e previstas pela SME, com vistas ao constante aprimoramento da ação educativa;
- IX – Orientar a equipe do NAAPA na elaboração de registros das ações e avaliações realizadas junto aos educandos e às Unidades Educacionais, de forma colaborativa numa visão multidisciplinar e interdisciplinar.

Art. 7º - Compete ao Psicopedagogo, no âmbito de sua atuação profissional, considerar os contextos sociais, escolares, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, da Justiça, dentre outros, e realizar o serviço itinerante desempenhando as seguintes atribuições:

- I – Reconhecer e avaliar os educandos com dificuldades frente às exigências educacionais, em conjunto com a Equipe do NAAPA;
- II - Participar de reuniões internas para avaliar as ações desenvolvidas junto aos educandos, equipes escolares, famílias e/ou responsáveis;
- III – propor às Unidades Educacionais a aquisição de recursos pedagógicos que contribuam com o processo de ensino aprendizagem; IV – auxiliar a Equipe Educacional na identificação e na elaboração de planos de ação frente às necessidades dos educandos público-alvo do NAAPA;
- V – Desenvolver ações de formação continuada, em parceria com a DRE/DOT P, CEFAL, Supervisão Escolar e Programas Especiais, que contribuam com a equipe gestora e docente na identificação, acompanhamento e encaminhamentos necessários às diferentes situações de aprendizagem, bem como no que se refere aos casos de suspeita ou efetiva violação de direitos da criança e do adolescente;
- VI – Atender e orientar as famílias e educadores para a busca de estratégias de apoio e acompanhamento para o desenvolvimento dos educandos e, quando houver necessidade, o encaminhamento para os profissionais de outras áreas, em parceria com as Unidades Educacionais;
- VII - apoiar e acompanhar as ações pertinentes já existentes nas Unidades Educacionais;
- VIII – participar de atividades formativas destinadas às comunidades escolares sobre temas relevantes de sua área de atuação;
- IX – Comprometer-se com a articulação intersetorial no território, visando à integralidade de atendimento ao munícipe, o apoio às Unidades Educacionais e o fortalecimento da Rede de Proteção Social.

Parágrafo Único - O serviço de que trata o “caput” deste artigo será prestado por um profissional integrante da Carreira do Magistério, portador de certificado de curso de especialização em Psicopedagogia em nível de pós-graduação, expedido por instituições autorizadas ou credenciadas nos termos da legislação em vigor, a ser designado por ato oficial do Secretário Municipal de Educação, para exercer a função de Psicopedagogo, nas Diretorias Regionais de Educação e convocado para cumprimento de Jornada Especial de 40 (quarenta) horas de trabalho semanais – J 40.

Art. 8º - Compete ao Psicólogo, em sua área de atuação, considerar os contextos sociais, escolares, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em

articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, da Justiça, dentre outros, e realizar o serviço itinerante, desempenhando as seguintes atribuições:

I – Reconhecer e avaliar os educandos com dificuldades frente às exigências educacionais, em conjunto com a Equipe do NAAPA;

II - Participar de reuniões internas para avaliações das ações desenvolvidas junto aos educandos, equipes escolares, famílias e/ou responsáveis;

III – desenvolver ações de formação continuada, em parceria com a DRE/DOT P, CEFAI, Supervisão Escolar e Programas Especiais, que contribuam com a equipe gestora e docente na identificação, acompanhamento e encaminhamentos necessários às diferentes situações de aprendizagem, bem como no que se refere aos casos de suspeita ou efetiva violação de direitos da criança e do adolescente;

IV – Auxiliar a Equipe Educacional na identificação e na elaboração de planos de ação frente às necessidades dos educandos, público-alvo do NAAPA;

V – Orientar as equipes educacionais na promoção de ações que auxiliem na integração família/educando/escola e nas ações necessárias à superação de estigmas que comprometam o desempenho escolar dos educandos;

VI – Auxiliar na elaboração de hipótese diagnóstica e no encaminhamento de educandos com deficiência, transtorno global do desenvolvimento - TGD, altas habilidades/superdotação, em apoio ao CEFAI, para os serviços da Saúde, da Assistência Social, dentre outros;

VII – atender e orientar as famílias e educadores na busca de estratégias de apoio e acompanhamento para o desenvolvimento dos educandos e, quando houver necessidade, o encaminhamento para os profissionais de outras áreas, em parceria com as Unidades Educacionais;

VIII – apoiar e acompanhar as ações pertinentes já existentes nas Unidades Educacionais;

IX – Participar de atividades formativas destinadas à comunidade escolar sobre temas relevantes da sua área de atuação;

X – Comprometer-se com a articulação intersetorial no território, visando à integralidade de atendimento ao município, o apoio às Unidades Educacionais e o fortalecimento da Rede de Proteção Social.

§1º - O serviço de que trata o “caput” deste artigo será prestado por:

I – 1(um) profissional da Educação a ser designado por ato oficial do Secretário Municipal de Educação, para exercer a função de Psicólogo, nas Diretorias Regionais de Educação e convocado para cumprimento de Jornada Especial de 40 (quarenta) horas de trabalho semanais – J 40, sendo 30 horas de trabalho destinadas à função de Psicólogo e 10 horas destinadas aos trabalhos pedagógicos, exclusivamente.

II – 1 (um) profissional contratado por entidade sem fins lucrativos, conveniada com a Secretaria Municipal de Educação.

§ 2º - Os Psicólogos referidos no parágrafo anterior deverão ser habilitados em curso de graduação em Psicologia, com disciplinas relacionadas à Psicologia Escolar/ Educacional e/ou Graduação em Psicologia com especialização em Psicologia Escolar/ Educacional e inscrito anualmente no Conselho Regional de Psicologia (CRP), conforme Lei Federal nº 5.766/1971.

Art. 9º – Compete ao Fonoaudiólogo, em sua área de atuação, considerar os contextos sociais, escolares, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, da Justiça, dentre outros, e realizar o serviço itinerante, desempenhando as seguintes atribuições:

I – Realizar, em conjunto com a Equipe do NAAPA, avaliação das necessidades específicas dos educandos, público alvo desse serviço;

II - Participar de reuniões internas para avaliações das ações desenvolvidas com os educandos, equipes escolares, famílias e/ou responsáveis;

III - contribuir para a avaliação fonoaudiológica dos educandos, apontando necessidades e realizando os encaminhamentos necessários;

IV - Auxiliar na elaboração de hipótese diagnóstica e no encaminhamento de educandos com deficiência, transtorno global do desenvolvimento - TGD, altas habilidades/superdotação, em apoio ao CEFAI, para os serviços da Saúde, da Assistência Social, dentre outros;

V – Participar de atividades formativas destinadas à comunidade escolar sobre temas relevantes da sua área de atuação, inclusive quanto aos recursos de tecnologia assistiva e uso de sistemas de comunicação alternativa e aumentativa e disfagia;

VI – Atender e orientar as famílias e educadores na busca de estratégias de apoio e acompanhamento para o desenvolvimento dos educandos e, quando houver necessidade, o encaminhamento para os profissionais de outras áreas, em parceria com as Unidades Educacionais;

VII – apoiar e acompanhar as ações pertinentes já existentes nas Unidades Educacionais;

VIII – comprometer-se com a articulação intersetorial no território, visando à integralidade de atendimento ao município, o apoio às Unidades Educacionais e o fortalecimento da Rede de Proteção Social.

Parágrafo Único - O serviço de que trata o caput deste artigo será prestado por um profissional contratado por entidade sem fins lucrativos, conveniada com a Secretaria Municipal de Educação, devidamente habilitado em curso de graduação em Fonoaudiologia.

Art. 10 – Compete ao Assistente Social, em sua área de atuação profissional, considerar os contextos sociais, escolares, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos, da Justiça, entre outros, e realizar o serviço itinerante, desempenhando as seguintes atribuições:

I - Realizar mapeamento quanto aos recursos de Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos e da Justiça e outros disponíveis no território para apoio e orientação às Unidades Educacionais;

II - Participar de reuniões internas para avaliar as ações desenvolvidas com os educandos, equipes escolares, famílias e/ ou responsáveis;

III - orientar famílias e educadores no sentido de identificar recursos oriundos de Programas da Assistência Social, da Saúde, dos Direitos Humanos e da Educação, dentre outros, e fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa dos direitos dos municípios;

IV - Avaliar os dados que possam contribuir para a análise da realidade local e para subsidiar ações dos profissionais envolvidos com o trabalho realizado pelo NAAPA;

V - Apoiar e acompanhar as ações pertinentes já existentes nas Unidades Educacionais;

VI – Participar de atividades formativas destinadas à comunidade escolar sobre temas relevantes da sua área de atuação;

VII – Comprometer-se com a articulação intersetorial no território, visando à integralidade de atendimento ao município, o apoio às Unidades Educacionais e o fortalecimento da Rede de Proteção Social.

Parágrafo Único - O serviço de que trata o caput deste artigo será prestado por um profissional contratado por entidade sem fins lucrativos, conveniada com a Secretaria Municipal de Educação, devidamente habilitado em curso de graduação em Serviço Social.

Art. 11 - Compete ao Auxiliar Técnico de Educação, no âmbito de sua atuação profissional, previstas no art. 23 do Decreto nº 54.453, de 10/10/2013 e demais normas vigentes, desempenhar as seguintes atribuições:

I - Executar atividades de natureza técnico-administrativa do setor do NAAPA, com uso das tecnologias de comunicação e informação (TICs) e apoio de softwares da Prefeitura, em especial:

a) receber, classificar, arquivar, instruir e encaminhar documentos ou expedientes de funcionários e de alunos das Unidades Educacionais, garantindo sua atualização;

b) controlar e registrar dados relativos à vida funcional dos servidores do NAAPA;

c) digitar documentos, expedientes e processos, inclusive os de natureza didático-pedagógica;

II - Executar atividades auxiliares de administração relativas ao atendimento dos alunos no NAAPA;

III - fornecer dados e informações da organização do NAAPA de acordo com cronograma estabelecido no setor ou determinado pelos órgãos superiores;

IV - Responsabilizar-se pelas tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do NAAPA, respeitada a legislação;

V - Atender ao público em geral, prestando informações e transmitindo avisos e recados;

VI – Prestar atendimento ao público interno e externo, com habilidade no relacionamento pessoal e transmissão de informações;

VII – Executar atividades correlatas atribuídas pelo Coordenador do NAAPA;

VIII – Realizar a alimentação, atualização e correção dos dados registrados e incluídos nos sistemas gerenciais informatizados da Prefeitura, observados os prazos estabelecidos;

IX – Participar, em conjunto com a equipe do NAAPA, da implementação das ações do setor.

Art. 12 – Compete às equipes das Unidades Educacionais em consonância com as suas atribuições, previstas no Decreto nº 54.453, de 10/10/2013 e demais normas vigentes, realizar trabalhos articulado com as equipes dos NAAPAs.

Parágrafo Único – A equipe da Unidade Educacional, esgotadas as possibilidades de intervenção pedagógica, junto aos educandos que apresentem dificuldades significativas no processo de escolarização, poderá solicitar a atuação do NAAPA, mediante a apresentação dos devidos registros das ações já realizadas pela Equipe Escolar.

Art. 13 - Caberá às Diretorias Regionais de Educação:

I - Suprir o NAAPA com recursos humanos e materiais, que viabilizem e deem sustentação ao desenvolvimento do seu trabalho junto aos profissionais dos diferentes setores das DREs e das Unidades Educacionais;

II – Criar condições para a realização do serviço itinerante pela equipe do NAAPA;

III – Garantir o acesso à internet, impressora e equipamento com linha telefônica;

IV – Organizar espaço com mobiliários específicos;

V - Colaborar, em conjunto com as DOTs-P, CEFAIs, Supervisão Escolar e Programas Especiais, com orientações e subsídios ao NAAPA para apoio às equipes das Unidades Educacionais em articulação com SME/DOT/NAAPA;

VI - Promover, em conjunto com as DOTs-P, CEFAIs, Supervisão Escolar e Programas Especiais, o acompanhamento das ações realizadas pela Equipe do NAAPA junto às Unidades Educacionais, nos diferentes turnos de funcionamento (manhã/tarde/noite).

Art. 14 – Caberá à equipe da Diretoria de Orientação Técnica - SME/DOT/NAAPA:

a) oferecer formação continuada às Equipes dos NAAPAs das DREs;

b) promover o acompanhamento das ações realizadas pelas equipes dos NAAPAs;

c) propor medidas de ajuste/adequação do trabalho desenvolvido pelas equipes dos NAAPAs, quando necessário;

d) criar condições intersecretariais e intersetoriais favoráveis para a articulação e o fortalecimento da Rede de Proteção Social nos territórios do Município de São Paulo;

e) Articular as ações do NAAPA aos Programas dos diversos setores da SME.

Art. 15 – Os casos omissos e/ou excepcionais serão resolvidos pela Diretoria Regional de Educação, ouvida, se necessário, a Diretoria de Orientação Técnica da Secretaria Municipal de Educação – DOT/SME.

Art. 16 – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Publicado no DOC de 25/11/2014

ANEXO 11

Desenho das escolas que pais e/ou responsáveis e filhos desejam ter.

DESENHO DA ESCOLA QUE A MÃE MENINO 1
DESEJA.

ANEXO 11

Desenho das escolas que pais e/ou responsáveis e filhos desejam ter.

APÊNDICE

Questionário a ser respondido por alunos de escolas municipais de ensino fundamental (município de São Paulo), com queixa escolar, encaminhados à AMA-E para atendimento neurológico

- 1 - Por qual motivo você veio a esta consulta?
- 2 - Você acha que tem dificuldade de aprender e porquê?
- 3 - O que representa a escola para você?
- 4 - O que você mais e menos gosta de fazer na escola?
- 5 - Qual a aula que você mais e menos gosta e por quê?
- 6 - Você gosta de conversar na hora da aula? Por quê?
- 7 - Quem você mais gosta e menos na escola e por quê?
- 8 - Quem você (aluno) mais e menos gosta na sua família e por quê?
- 9 - Se você fosse construir sua Escola para melhorar ela, o que você faria?
- 10- Desenhe a escola gostaria de ter.

Questionário a ser respondido por responsáveis pelos alunos de escolas municipais de ensino fundamental (município de São Paulo), com queixa escolar, encaminhados à AMA-E para atendimento neurológico

- 1 - O que você espera da escola do seu filho?
- 2 - Você tem acompanhado as atividades escolares do seu filho em casa?
- 3 - Como foi ou é sua relação com seus pais?
- 4 - Você queria ser mãe/pai?
- 5 - Desenhe a escola que você gostaria de construir para o seu filho.