

Fernanda Senna Lobo

**QUEM CUIDA, QUEM ENSINA, QUEM APRENDE: CAMPO E
INTERAÇÕES ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESCOLA NA
PRODUÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo

2016

Fernanda Senna Lobo

**QUEM CUIDA, QUEM ENSINA, QUEM APRENDE: CAMPO E
INTERAÇÕES ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESCOLA NA
PRODUÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Arantes
Mello

São Paulo

2016

Lobo, Fernanda Senna

Quem cuida, quem ensina, quem aprende: campo e interações entre Atenção Primária e Escola na produção da queixa escolar/ Fernanda Senna Lobo. – São Paulo, 2016.

xvi, 77 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo – Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Who cares, who teaches, who learn: field and interactions between Primary Health and School in scholar complaint.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde escolar. 4. Saúde da Família. 5. Políticas Públicas.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Prof.^a Dr.^a Rebeca de Souza e Silva.

Coordenadora do curso de pós-graduação: Prof.^a Dr.^a Suely Godoy Agostinho Gimeno.

FERNANDA SENNA LOBO

QUEM CUIDA, QUEM ENSINA, QUEM APRENDE: CAMPO E INTERAÇÕES
ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESCOLA NA PRODUÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR

Presidente da banca:

Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello

Banca examinadora:

Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa

Prof.^a Dr.^a Adriana Marcondes Machado

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Sawaya

Prof.^a Dr.^a Carolina Luísa Alves Barbieri

A todos e todas que cuidam e são cuidados, ensinam e aprendem sem se dar conta
do misto em que se encontram.

Porque somos agentes e pacientes.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pela inspiração permanente.

Ao Danilo, por me ajudar a ter certeza, em meio a tantas dúvidas.

Ao Guilherme, orientador para um percurso autônomo.

Aos amigos sempre presentes e co-orientadores em todo o processo: Anderson, Angélica, Taís, Ronny e Thais.

Aos professores e professoras (dentro e fora da academia) pela generosidade em compartilhar conhecimentos e experiências.

Aos participantes desta pesquisa, pela gentileza de me permitir cruzar suas histórias.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

A todos e todas que, em algum momento, compartilharam um pouquinho de mim com o mundo.

Mãos dadas

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

*Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.*

Carlos Drummond de Andrade (1940)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vii
LISTA DE SIGLAS	xi
RESUMO.....	xii
PRIMEIRAS PALAVRAS.....	xiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Notas sobre um caso	1
1.2 Notas sobre o fracasso escolar.....	2
2. SAÚDE ESCOLAR	5
2.1 Saúde escolar no Brasil	6
2.1.1 Mudam os nomes, mantém-se a proposta.....	9
2.1.2 Crise, reivindicações e reforma.....	14
2.2 A concepção atual de Atenção Primária	16
2.3 Saúde na escola como política pública reeditada: o PSE	19
2.4 A saúde escolar no município de São Paulo – breve resgate	21
2.4.1 Organização recente da Secretaria Municipal de Educação para a assistência ao escolar	25
3. NOTAS SOBRE OUTROS CONCEITOS: INTERSETORIALIDADE E COTIDIANIDADE	26
3.1 Intersetorialidade.....	26
3.2 Cotidiano	28
4. OBJETIVOS.....	31
4.1 Objetivos específicos	31
5. PERCURSO METODOLÓGICO	32
5.1 Participantes da pesquisa	32
5.2 Coleta de dados	33
5.3 Análise	33
5.4 Saturação teórica	34
5.5 Estudo piloto, validade e confiabilidade	34
5.6 Aspectos éticos	34
6. RESULTADOS	36
6.1 A Escola.....	36
6.1.1 A Diretoria Regional de Educação – DRE.....	38

6.1.2	O Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem – NAAPA	39
6.2	A Atenção Primária: UBS	40
6.2.1	A oficina de letramento	43
6.3	A queixa escolar no território.....	44
6.3.1	Os caminhos do encaminhamento.....	45
6.4	Interações e cotidiano	46
6.5	Políticas públicas de saúde escolar	49
6.6	Processos de medicalização.....	50
6.7	Dificuldades para a parceria.....	51
7.	DISCUSSÃO.....	53
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
9.	POST SCRIPTUM	67
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

LISTA DE SIGLAS

AMG	Auto-monitoramento Glicêmico
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CADASE	Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência ao Escolar
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEFAI	Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEI	Centro de Educação Infantil
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEU	Centro Educacional Unificado
CF	Constituição Federal
DAE	Departamento de Assistência ao Escolar
DSE	Departamento de Saúde Escolar
DOT-P	Diretoria de Orientação Técnico-Pedagógica
DRE	Diretoria Regional de Educação
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papilomavirus humano
IME	Inspeção Médica Escolar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da educação
MAC	Média e Alta Complexidade
NAAPA	Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAAI	Sala de Apoio e Acompanhamento à Inclusão
SIMS	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SSE	Serviço Sanitário Estadual
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAD	Unidade de Atendimento Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

LOBO, Fernanda Senna. Quem cuida, quem ensina, quem aprende: campo e interações entre Atenção Primária e Escola na produção da queixa escolar. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo – Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2016.

Assumir a saúde escolar sob perspectiva histórica e buscar compreender as possibilidades que ensejam a produção da queixa escolar, seu encaminhamento e acolhida pelos serviços de saúde pode dar pistas para uma compreensão das interações que Escola e Saúde estabelecem em torno do fracasso escolar. Parte-se das relações estabelecidas entre uma escola pública da periferia da cidade de São Paulo e o serviço de Atenção Primária, no Sistema Único de Saúde, para compreender os desdobramentos possíveis dessa interação, em ponto de vista crítico. **Metodologia:** Estudo de caso de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com profissionais envolvidos com a produção da queixa escolar, ligados à escola, Unidade Básica de Saúde e Diretoria Regional de Educação e observação de campo. **Resultados e discussão:** Há diferentes arranjos de rede sendo desenvolvidos entre os serviços de Atenção Primária e escolas, atravessados pela queixa escolar e pelas políticas públicas de saúde escolar e tais diferenças afetam a produção da queixa escolar. Há interações independentemente da presença de programas públicos, ao mesmo tempo em que estes podem ser facilitadores. Levantar em conta a cultura e a história das instituições, as habilidades e disponibilidade dos sujeitos envolvidos, e buscar a cotidianidade no fazer dos profissionais que atuam no campo é fundamental. O olhar para o território parece ser um avanço importante, mas é preciso estar atento para respostas fáceis que justificam o fracasso escolar pela vulnerabilidade. **Considerações finais:** Respeitar o espaço e conhecimentos do outro, buscar pontos em comum, reconhecer falhas (e evitá-las) e mostrar-se acessível, parecem elementos fundamentais para o estabelecimento de ações intersetoriais significativas. A Estratégia Saúde da Família apresenta um instrumental poderoso para atuar nessa perspectiva e alcançar as relações que estão sendo produzidas a todo tempo no campo de interações em que se insere a queixa escolar.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde Escolar. Saúde da Família. Políticas Públicas.

ABSTRACT

LOBO, Fernanda Senna. Who cares, who teaches, who learn: field and interactions between Primary Health and School in scholar complaint. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo – Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2016.

Assuming the scholar health under the historical perspective and trying to comprehend the possibilities which provide the production of scholar complaint, its routing and acceptance by the medical services may give clues to comprehend the interactions between School and Health, which gives way to the scholar failure. Considering the relations between a public school on the outskirts of São Paulo and the Primary Care service of Sistema Único de Saúde, this research sought to understand the possible ramifications of this interaction under a critical point of view. **Methodology:** Case study of qualitative approach. Field research and interviews were made with professionals involved in the production of scholar complaint linked to the school, to the Unidade Básica de Saúde, and to the Diretoria Regional de Educação. **Results and discussion:** There are different web arrangements being developed between the Primary Attention services and schools that are crossed by the school complaint and the public politics of health care and the different web configurations of health care affect the scholar complaint. Some interactions, which do not depend on public programs, can be its enabler. Considering the history and culture of institutions, the abilities and the availability of the subjects involved, and the search for the routine on its professionals actions is very important. Looking at the territory may seem an important progress, but one must be alert to easy answers that justify school complaint by the situations of vulnerability. **Final thoughts:** Respecting the space and knowledge of others, searching for a common ground, recognizing failures (and avoiding them), and showing yourself available seem to be key elements to set significant intersectorial actions. Family Health presents a powerful instrument to act on this perspective and to reach the relations being produced all the time on the field of interactions of the scholar complaint.

Keywords: Primary Health Care. Unified Health System. School Health. Family Health. Public Policies.

PRIMEIRAS PALAVRAS

Esta pesquisa teve início provavelmente em 2007, quando começaminha implicação com o tema. Comecei a trabalhar como residente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que ainda não havia experimentado a implementação de políticas públicas que preconizam o trabalho compartilhado e a clínica ampliada. Igualmente, tratava-se de uma experiência bastante nova incorporar “especialistas” em uma UBS com finalidade de atuar também como atenção primária em saúde.

Tendo como responsabilidade compartilhada a coordenação do cuidado, começamos a nos deparar com uma demanda crescente de casos que outrora eram direcionados a serviços ambulatoriais ou que eram subnotificados.

Parte dessa nova demanda se constituía de casos de crianças e adolescentes com queixas relacionadas ao ambiente escolar. Geralmente encaminhadas para avaliação psicológica, acabavam passando por mim, não havendo o profissional dessa categoria na equipe. Para além da avaliação, passou-se a verificar a necessidade de propor respostas e intervenções capazes de situar ética e politicamente o papel do serviço de saúde (aqui, da UBS), ao que se iniciaram ações de apoio a crianças e famílias e suporte às instituições escolares.

A essa experiência inicial, seguiram-se seis anos de trabalho em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), já como política pública oficial, porém sem diretrizes operacionais claras. A intervenção sobre o problema do elevado número de encaminhamentos feitos pelas escolas para o setor Saúde, devido a situações diversas de fracasso escolar, tomou ainda mais força. Experiências e trocas produzidas ao longo desse período assinalaram a premente necessidade de compreender esse fenômeno, a princípio tomado a partir de hipóteses burocráticas, rapidamente revistas pela entrada no campo.

Reconhecer esse percurso teórico e prático é, antes de tudo, não assumir como verdade as impressões e ideias construídas nos encontros que antecederam o momento “oficial” de ida a campo. Mas reconhecer, como princípio ético, que ela não teve início apenas com o projeto de mestrado, sendo atravessada por pessoas e acontecimentos que talvez não constem descritos nesta dissertação.

Na perspectiva da escrita como experiência (AQUINO, 2011), certamente meu percurso de trabalho e de vida, disparadores desta pesquisa e partícipes dela,

de todo modo, já não são mais as únicas considerações a partir daqui. A própria pesquisa em seu processo vai se constituindo com a escrita que agora é apresentada.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Notas sobre um caso

Na periferia de uma grande cidade há uma Unidade Básica de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família, um Núcleo multiprofissional de apoio à Saúde da Família, uma área de abrangência ampla e inúmeras vulnerabilidades à saúde da população usuária do serviço.

Para prover o atendimento dessa população, a unidade de saúde se organiza a partir de prioridades que não foram definidas por ela: crianças menores de dois anos, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase devem ser privilegiados na agenda dos profissionais.

A demanda que extrapola as ofertas da equipe de Saúde da Família é encaminhada para serviços externos ou é direcionada ao NASF, que pode acolhê-la ou não, discutir ou não com a equipe, e definir uma conduta individualmente ou compartilhada.

Parte dessa demanda vem encaminhada das escolas. Algumas famílias chegam com relatórios breves indicando com rubricas as especialidades solicitadas ou ressaltando tudo aquilo que a criança “não faz”. Há relatórios compreensivos e abertos, mas esses são minoria. Outras famílias trazem uma queixa não formalizada em uma guia de encaminhamento, mas apontam como problema a criança no espaço escolar.

Essas crianças não são prioridades para o atendimento da equipe de saúde da família. E logo chegam às mãos de neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Certa vez, uma escola municipal encaminhou, em apenas um mês, cerca de sete crianças. Todas apresentando queixas de dificuldades de aprendizagem e comportamento. A equipe pediu ajuda ao NASF, que por sua vez propôs um trabalho compartilhado de acolhimento dessas crianças e suas famílias. Algumas receberam orientações e encaminhamento para exames de rotina. Outras vinham tão crentes em sua insuficiência que o fracasso escolar produzido gerava sofrimento.

Além da possível e necessária aproximação com a escola, qual papel cabia à

equipe da Atenção Primária em relação à criança que saía da porta da escola transformada em queixa escolar? Focar na discussão com a escola seria suficiente para a superação das situações de fracasso daquelas crianças? Acolhê-las no serviço não seria uma forma de reforçar a responsabilidade atribuída às crianças pelo fracasso?

E se as crianças fossem acolhidas e, simultaneamente, um projeto com a escola fosse construído, isso seria suficiente para reduzir o fracasso escolar? Em que momento (e com quais papéis) as famílias poderiam participar desse processo?

E ainda que tudo fosse criteriosamente composto e articulado como parte de um projeto de cuidados no território em relação à questão da produção do fracasso escolar, de quem e do quê dependeria uma abordagem de enfrentamento focada na produção do fracasso e não no fracasso por si só?¹

Até que um programa de Saúde Escolar, que prevê que as crianças e adolescentes sejam pesados e medidos, tenham verificadas suas carteiras de vacina e recebam orientações e intervenções em saúde bucal, palestras sobre saúde sexual e reprodutiva, violência e drogas no espaço escolar, chega à UBS.

A equipe de Saúde da Família, rapidamente se empenha em cumprir o programa, além de manter os demais procedimentos previstos dentre suas atribuições.

As outras crianças, aquelas encaminhadas, continuavam ocupando um espaço instável entre a escola e a UBS.

1.2 Notas sobre o fracasso escolar

O perfil dos encaminhamentos para o setor Saúde é caracterizado por crianças e adolescentes entre 05 e 15 anos (SILVA, 1994; SCHOEN-FERREIRA et al., 2002; ZIBETTI; SOUZA; QUEIRÓZ, 2010), em sua maioria meninos (BRAGA; MORAIS, 2007; MERG, 2008), frequentando escolas públicas – a maior concentração dos casos inserida nas séries iniciais do Ensino Fundamental (LIMA et al., 2006). São direcionados aos serviços de saúde, saúde escolar ou saúde mental devido a queixas de dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento,

¹ Há relatos de experiência na Atenção Primária da atuação com escolas, a partir dos quais é possível aprimorar as perguntas e aprofundar a pesquisa na área (FRELLER, 1997; MORAIS; SOUZA, 2001; MALAQUIAS; SEKKEL, 2014)

o que é verificado em inúmeros estudos de perfil de atendimento em serviços públicos e clínicas-escola. (BUENO; MORAIS; URBINATTI, 2001; MARÇAL; SILVA, 2006; CAMPEZATTO; NUNES, 2007).

Esse perfil de procura por serviços de saúde tem exigido sua organização para o atendimento da população. Entretanto, a perspectiva de atendimento, frequentemente, segue o modelo de atuação exclusivamente sobre o indivíduo (neste caso, a criança que não aprende), buscando recuperar seu desempenho e adaptá-lo ao contexto escolar, subestimando a importância da família e da instituição escolar nas situações de fracasso escolar (CABRAL; SAWAYA, 2001; PATTO, 1996; CAVALCANTE; AQUINO, 2013). Como aponta Collares (1994), em muitas situações buscam-se “culpados” pelo fracasso escolar, seja o professor, a escola, ou mesmo as famílias; sempre as crianças, em alguma medida.

As ideias de infância e adolescência, construídas socialmente, são desconsideradas desse contexto e os processos que alcançam essa população são compreendidos como situações típicas, que justificam intervenções isoladas (BOARINI; BORGES, 1998).

Há diferentes concepções em disputa quanto à abordagem do fracasso e da queixa escolar. Queixa escolar é tomada como a produção de necessidade de serviços de saúde para atender a sintomas, individuais e coletivos, orgânicos, psíquicos e sociais, que se manifestam ou são percebidos em ambiente escolar (SOUZA, 2000). Nesse sentido entende-se que a demanda – o pedido ou a “queixa” – se relaciona a situações de produção de fracasso escolar.

A definição de fracasso escolar é historicamente determinada e é importante identificar a perspectiva sob a qual se observa o fenômeno. Angelucciet al. (2004) sugerem uma classificação dessas visões, comumente utilizadas de modo equivocado em contextos diversos:

a) como problema psíquico: concepção adotada em abordagens psicologizantes², que apontam deficiências nas crianças, desconsiderando-se o contexto em que se inserem ou, apoiando-se nas teorias de carência cultural;

b) como questão técnico-institucional: perspectiva que assume que o

² O neologismo é explicado por Collares (1994) em associação ao processo de medicalizar – apontar causalidade biológica e/ou oferecer resposta biomédica a diferenças de ordem cultural, política e social e, mais ainda, desconsiderar tais aspectos dos processos de cuidado (abordagem de questões sociais como sendo biológicas). Designando um limite dentro da área da psicologia, é comumente substituído por “patologizar”, por sua abrangência.

problema se encontra nos sistemas e métodos de ensino e que reformas educacionais, se bem aplicadas, podem dar conta de resolvê-lo;

c) como dimensão política: desloca o olhar para a cultura e para os conflitos manifestos na escola (cotidiano escolar), tomando o fracasso como produção na e da escola.

Esta última definição, identificada com as teorias críticas emergidas na década de 80 no âmbito da pesquisa educacional (SAVIANI, 1999), contempla o arcabouço desta pesquisa, apontando para uma produção de queixa escolar que é o elemento articulador de relações entre os setores Saúde e Educação e que se sujeita às distintas concepções de fracasso escolar em jogo por quem opera as políticas nas escolas e nos serviços de saúde.

Fracasso escolar, portanto, produzido e “epidêmico”, conforme a perspectiva de Collares e Moysés (1996) e Patto (1996), que se relaciona com a forma como as atuais sociedades capitalistas compreendem as diferenças no processo de desenvolvimento humano, a-históricas e individualizadas.

Entretanto, tal compreensão do fenômeno do fracasso escolar não exclui a necessidade de algumas crianças e adolescentes em passar por processos terapêuticos e de estimulação. O recorte aqui se dá, inclusive, considerando-se tais demandas, que chegam aos serviços de saúde emaranhadas a uma série de encaminhamentos em que tais intervenções não se fariam necessárias.

Neste estudo pretendeu-se identificar as interações estabelecidas no encontro entre Escola e serviços de Atenção Primária à Saúde a partir da demanda configurada como ‘queixa escolar’. Para tanto, apresenta-se o contexto histórico em que se desenvolvem as aproximações institucionais no país (via políticas públicas de saúde escolar), a fim de observar os processos de mudança, inflexões e circunstâncias em que se dão – subsídios para a compreensão dos processos contemporâneos. Tecem-se algumas notas acerca de conceitos fundamentais para delineamento do campo de pesquisa, como fracasso e queixa escolar, intersectorialidade e cotidiano. Em seguida, os caminhos traçados pela pesquisa buscam apoiar as reflexões emergidas no campo e indicar outras perguntas.

2. SAÚDE ESCOLAR

Quando se investiga a medicina do século passado – em seus textos teóricos, regulamentos e instituições – se delinea, cada vez com mais clareza, um projeto de medicalização da sociedade. A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. Possuindo o saber sobre a doença e a saúde dos indivíduos, o médico compreende que a ele deve corresponder um poder capaz de planificar as medidas necessárias à manutenção da saúde. O conhecimento de uma etiologia social da doença corresponde ao esquadramento do espaço da sociedade com o objetivo de localizar e transformar objetos e elementos responsáveis pela deterioração do estado de saúde das populações. Projeto, portanto, de prevenção, isto é, ação contra a doença antes mesmo que ela ecloda, visando a impedir o seu aparecimento. O que implica tanto na existência de um saber médico sobre a cidade e sua população, elaborado em instituições – faculdades, sociedades de medicina, imprensa médica, etc. – quanto na presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas. (MACHADO, 1978, p.18)

Ao se estudar a história da saúde escolar como política pública no Brasil, percebem-se os cruzamentos ideológicos com diferentes correntes de pensamento nacional e internacional. No âmbito deste estudo, sem pretensões de esgotar um estudo analítico mais minucioso e historiográfico do tema, pretende-se resgatar marcos organizados para o país e para a cidade de São Paulo, de modo a melhor apresentar o plano teórico e histórico em que intervenções foram propostas e como estas influenciaram (e influenciam) as práticas atuais.

O conceito de saúde escolar é utilizado em diferentes acepções, o que exige explicitar a definição adotada. Na década de 90 esse debate veio à tona entre os defensores da delimitação de um campo de ações e práticas restrito ou não à instituição escolar. O que à primeira vista parece óbvio se desnuda ao convidar para o debate os aspectos políticos que determinam quem frequenta a escola. Tratando-se de uma escola historicamente excludente e pouco acessível, delimitar a intervenção ao espaço escolar presumiria a possibilidade de exclusão de crianças e adolescentes. Por outro lado, propor o campo da saúde escolar para a totalidade de crianças e adolescentes em idade escolar ataca as origens dessa área e o problema do acesso à escola.

Esclarecer esse primeiro ponto de dissonância é importante para compreender a heterogeneidade de ações em saúde escolar ao longo do tempo.

Antônio e Mendes (2009) propõem uma concepção de saúde escolar para além da saúde 'do' escolar, capaz de considerar a Escola como produto social e a

saúde-doença como processo que parta da Escola para propor intervenções em saúde para uma comunidade. É uma ideia-conceito norteadora que não nega as crianças e adolescentes fora da escola (e demais consequências de dimensão política) e, ao mesmo tempo, considera a Escola como elemento ativo desse contexto.

A saúde escolar pode compreender ações de higiene e cuidado com o ambiente escolar na perspectiva de vigilância em saúde, a educação em saúde (que compreende desde ações realizadas pelos serviços de saúde na escola como a inclusão de conteúdos de autocuidado nos currículos escolares) e a assistência à saúde, todos os eixos atravessados pelo papel ético e político de cada instituição em seu contexto social particular.

2.1 Saúde escolar no Brasil

Os estudos que buscaram reconstituir o campo da saúde escolar como política pública indicam um ponto de partida no período de transição do Império para a República, acompanhando a organização de um Estado propriamente dito. O sistema escolar passa por inúmeras reformas no principiar do século XX, visando reverter o papel da Igreja nas organizações de ensino e conformando 'duas escolas públicas': uma que acompanhasse as necessidades das elites e outra para a alfabetização de massas. As ações sanitárias estão voltadas, nesse momento, para a contenção de grandes epidemias e doenças infectocontagiosas.

Saúde e Educação recebem influências contundentes do pensamento higienista do início do século, ao que começam a se organizar os primeiros serviços de inspeção médica, aproveitando para atuar na educação sanitária das classes populares próximos aos seus próprios ambientes (MELLO, 2012a). Ampliando espaços típicos do sanitarismo bacteriológico como portos e fábricas, a escola surge como um local de interesse para a educação sanitária e inicia o discurso moderno de prevenção e eugenia para além das finalidades clássicas de reduzir riscos de propagação de doenças. Pensamento fortemente influenciado pelas publicações e organizações europeias (as teses eugênicas, os modelos de serviços de inspeção sanitária, as publicações alemãs de Frank e Mai³), no início do século principia uma

³ A publicação de *System einervollstandingen medicinischen Polizey*, de Johann Peter Frank (de 1779 a

escola de pensamento própria, com a divulgação de trabalhos de médicos brasileiros. (ROCHA; GONDRA, 2002).

Esses médicos pesquisadores do tema organizam, inicialmente, serviços de inspeção escolar em estabelecimentos privados de ensino, antes da virada do século – que ainda não eram vistos como integrantes dos serviços sanitários. Seria na reforma do código sanitário de 1911 em São Paulo a instância de criação do Serviço de Inspeção Médica Escolar (IME), sob responsabilidade do Serviço Sanitário do Estado. Em 1916, o IME deixa a esfera sanitária e é transferido para a responsabilidade da Diretoria Geral de Instrução Pública, ainda que sob direção dos médicos que estiveram na vanguarda desse processo⁴.

Assim, é possível dizer que a higiene escolar se organiza como ação de política pública cerca de uma década antes da instituição de outras políticas como os Centros de Saúde – possivelmente motivada pelo crescimento populacional e aumento da circulação de algumas doenças, pela expansão do ensino (relacionada ao processo de industrialização, à urbanização e à necessidade de capacitação técnica para o trabalho), e pelas influências acima descritas (LIMA, 1985; FERRIANI, 1991). Serviços especializados passam a compor a retaguarda pública da IME. Esta, com previsão específica de profissionais e atuação, anuncia intervenções como exame físico dos alunos e do ambiente, “prestar ‘primeiros socorros’” e visitas domiciliares para casos graves ou famílias resistentes.

Tais propostas, institucionalizadas na Escola, tinham a função primordial de “ensinar boas práticas de higiene e saúde” e reforçavam o papel da mulher, como mãe e professora, no “melhoramento da raça” a partir da multiplicação do saber médico (LAROCCA; MARQUES, 2010).

Dentro da pedagogia, o papel da Escola como formadora moral dos cidadãos para uma pátria fortalecida é validado pelo discurso médico, e a instituição escolar

1821) e o posterior código elaborado por Franz Anton Mai (este mais específico sobre o espaço escolar) são considerados marcos para o estudo da saúde escolar. Como instrumentos de orientação aos funcionários do Estado alemão, compreendem um rol de orientações relacionados à higiene pública e individual, organização e estruturação de espaços públicos, regras de conduta moral como casamento e vestuário e medicina escolar. Neste último tópico, apresentavam propostas para o atendimento ao escolar e a indicação da figura do oficial escolar. (ROSEN, 1980)

⁴Em visão mais recente, Donnangelo e Pereira (1976) fariam a leitura do papel assumido pela medicina como “instrumento de reforma social”, na perspectiva em que práticas clínicas passam a delinear a política pública e, mais além, uma reorganização coletiva. A definição do modelo de indivíduo – bem como do modelo de escola e de aluno – para alcançar uma sociedade desenvolvida são as propostas higienistas da década de 10, e os impactos disso traduzem-se num processo de duplo e simultâneo efeito: medicina como instrumento de desenvolvimento social e como controle.

começa a ser entendida como principal lócus de desenvolvimento social (PATTO, 1996).

As primeiras três décadas do século XX recebem projetos de construção e revisão da educação pública com a divulgação do pensamento da Escola Nova no final do período. Os adeptos da Escola Nova – os “escolanovistas” – contribuem com a discussão sobre ampliação do acesso à educação ao considerarem que o ensino para todos poderia superar algumas desigualdades sociais (numa sociedade ainda baseada no modelo oligárquico ruralista) e instrumentalizar a ‘nova’ sociedade brasileira, republicana somente em termos oficiais, para a modernização da nação. Ao mesmo tempo, considera a personalidade de cada criança para conduzir o processo pedagógico (BOARINI, 1993).

Conforme aponta Patto (1996), esse momento guarda importante relação com a justificativa do fracasso escolar individualizada na criança. A partir de um modelo de ensino ‘adequado’ aos objetivos da educação emancipadora e que utiliza técnicas e professores adaptados às necessidades da população alvo, os desvios do sucesso escolar poderiam ser interpretados com clareza como as “crianças problema” ou deficientes.

A Escola Nova, ao deslocar o foco da atenção do processo para o aprendiz, vai colaborar para a penetração da saúde na seara pedagógica – algo que nunca mais deixaria de ocorrer. Influenciada pelos avanços científicos da medicina e da nascente psicologia nacional, habilitada para identificar capacidades e incapacidades da criança que aprende, os fracassos da escola reformada resultariam de problemas intrínsecos ao aprendiz. Esse processo é, inclusive, intensificado a partir das reformas do ensino daí para adiante, que passam a reforçar a preocupação com aspectos técnico-pedagógicos em detrimento dos político-educacionais e a garantir, no texto de leis e diretrizes, o cuidado à saúde como parte do currículo escolar (SAVIANI, 1999).

A incorporação da psicometria e da abordagem da higiene mental no tratamento das crianças e suas famílias problemáticas – e dos professores que não estivessem aptos psicicamente para promover uma adequada relação de ensino-aprendizagem – também tem lugar na nova pedagogia, que continua recebendo influências do pensamento higienista ainda em voga. Isso pode ser observado na produção científica e clínica de médicos que aproximam psiquiatria e psicanálise, que traduzem e adaptam os primeiros testes de inteligência e personalidade para o

português ena organização de serviços de saúde para o atendimento da queixa escolar. Tais serviços teriam se desenvolvido a partir

dos hospitais psiquiátricos para os institutos, ligas e clínicas de higiene mental, destes para os serviços de inspeção médico-escolar, destes para as clínicas de orientação infantil estatais e destas para os departamentos de assistência ao escolar de secretarias de educação, onde se tornaram (tais médicos) coordenadores de equipes multidisciplinares de atendimento ao escolar. (PATTO, 1996, p.106)

Marca esse momento, entre as décadas 20 e 30, uma série de reformas do sistema educacional, como a divisão de tipos de ensino (primário, secundário, profissionalizante) e a discussão sobre universalidade e dever do Estado na garantia do ensino –que é suspensoconstitucionalmente durante o Estado Novo (FERRIANI, 1991). Além das reformas de currículo e de técnicas pedagógicas, a reforma da Escola Normal, que inclui no currículo formação em higiene e psicologia, traduziria o diálogo estabelecido entre as teorias higienistas e o “otimismo pedagógico” (LIMA,1985).

2.1.1 Mudam os nomes, mantém-se a proposta

“(...) as coisas da guerra, mais que as outras, estão sujeitas a contínua mudança.”
(CERVANTES, 2010, p.130)⁵

No estado de São Paulo, a década de 20 é marcada por profundas reformas na sociedade, incluindo uma reforma educacional que reduz anos de ensino e conteúdos como forma de absorver maior número de alunos. Na Capital, Paula Souza traz o modelo dos Centros de Saúde⁶de sua experiência nos Estados Unidos e, sob a direção do Instituto de Higiene reorganiza o Serviço Sanitário do Estado na perspectiva da educação sanitária, com forte componente da educação escolar. Na programação dos Centros de Saúde consta a previsão de atendimento médico e de

⁵CERVANTES. Miguel de. *Dom Quixote de la Mancha*. Tradução de Sérgio Molina. São Paulo: Editora 34, 1ª edição. 740p.

⁶ Paula Souza, em 1934, defende a submissão dos serviços de saúde escolar ao Serviço Sanitário, numa leitura bastante progressista de organização sanitária. Para tanto, afirma: “*Não se podendo, pois, logicamente, separar a higiene da criança da higiene familiar e esta da higiene do lugar em que se fixou ou da comunidade de que faz parte, parece-nos que todos os serviços destinados a essa face do problema de proteção à infância, uma das máximas finalidades dos serviços e higiene em toda parte, porquanto se interessa o presente tem ainda maior repercussão no futuro, jamais se deveria apartar da administração sanitária*” (SOUZA, 1934, p.99)

higiene à infância pré-escolar, delegando aos serviços específicos de saúde escolar a atenção aos maiores de cinco anos (SUCUPIRA, 1994).

Coexistem os serviços de saúde escolar da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde e da Inspetoria Médica Escolar, vinculada à Educação. Em meio à disputa política e ideológica do período ocorrem transferências de responsabilidade entre secretarias e a coexistência de serviços até a integração dos serviços de saúde escolar no Serviço Sanitário Estadual (SSE), em 1931 (FERRIANI, 1991)

Em 1938 criam-se as Seções de Higiene Mental Escolar do Serviço Sanitário Estadual, organismo preocupado com a aprendizagem propriamente dita daqueles que não conseguem aprender, destacando-se na condução desse serviço a figura do psiquiatra e psicanalista Dr. Durval Marcondes. O serviço prevê pesquisa e intervenções no campo da saúde escolar a partir de uma equipe formada por médicos, psicólogos e visitadoras, no sentido de garantir “prevenção em saúde mental”⁷, educação em saúde aos alunos, capacitação de professores e tratamento aos deficientes mentais e às crianças com problemas de personalidade e conduta(BOARINI, 1993).

A seção de Saúde Mental contava ainda com o apoio das Clínicas de Orientação Infantil para o atendimento das “crianças desajustadas na escola e no lar” (MOKREJS apud BOARINI, 1993), sob supervisão direta do Dr. Durval Marcondes.

A discussão sobre o lugar ocupado pela saúde escolar na proposta dos Centros de Saúde, na qual o trabalho é organizado por grupos específicos (saúde materno-infantil e da criança menor de dois anos, por exemplo) segue coexistindo com programas específicos para a atenção à saúde do escolar. A atuação das educadoras sanitárias (educadores especialistas em saúde) direciona para o âmbito da Educação a responsabilidade e experiência no trabalho com a saúde escolar.

Fica evidente a influenciado campo médico desde o princípio sobre a proposta da saúde escolar, ainda que não houvesse formação nos cursos de medicina – ou nas especializações – para a atuação específica no espaço da escola.

⁷ Nesse sentido, há uma polêmica a respeito da ideia de que seria possível desenvolver práticas de prevenção da doença mental. Na acepção utilizada no decreto em questão, marcada por uma associação forte entre “doença mental” e a presença de “desvios morais”, a dita prevenção caminha no sentido de que a Escola e a prática da Saúde escolar poderiam atuar como corretoras de tais desvios, os quais eram encontrados especialmente dentre as classes populares, o que sugere um processo de patologização da pobreza.

Desse modo, o papel da escola vai se constituindo como secundário – inclusive quando ‘convocado’ a intervir, sob orientação do setor saúde. Ao mesmo tempo, percebe-se a psiquiatria e a medicina higienista pautando em particular o discurso e as práticas da saúde escolar (LIMA, 1985).

Em 1954 a Seção de Higiene Mental do Estado de São Paulo é reorganizada em três setores: assistência à criança problema, assistência ao deficiente mental e pesquisa. Nessa nova divisão, surgem os Consultórios Psicológicos Escolares relacionados aos Grupos Escolares, ganha fôlego a proposta de ampliação das classes especiais e de investimentos na pesquisa sobre o desenvolvimento psicológico infantil. Esses consultórios assumem, no papel do psicólogo, uma série de responsabilidades sobre a saúde mental do escolar, incluindo psicodiagnóstico, tratamento e orientação a famílias e escolas sobre estratégias de adaptação da criança, incluindo a perspectiva de inserção em classes especiais (BOARINI, 1993).

Até 1953, quando após longo processo enfim é criado o Ministério da Saúde, as áreas da Saúde pública e Educação mantinham-se historicamente vinculadas desde o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, capitaneado pelo ministro Capanema (entre 1934 e 1945, período de profundas reformas nesses campos), chegando-se ao Ministério da Educação e Saúde Pública (HAMILTON; FONSECA, 2013). As questões específicas da educação eram tratadas pelo Departamento Nacional de Ensino, ligado ao Ministério da Justiça.

Durante esse período, as ações de saúde escolar se voltaram para a assistência médica e odontológica a crianças e adolescentes com a finalidade de preservá-los de interferências ao pleno desenvolvimento físico e intelectual e ao desempenho escolar. Assim, ações pontuais de avaliação médica para a realização de atividade física, como triagens periódicas e a introdução da merenda escolar passam por leituras dos papéis da instituição escolar na garantia de corpos saudáveis. Ganham espaço as práticas de saúde individualizadas e curativistas (LIMA, 1985).

O debate educacional da década de 50 tem que lidar com os mesmos fantasmas do início o século: altos índices de analfabetismo, repetência e evasão escolar. As reformas que promoveram ampliação da oferta de vagas não foram capazes de garantir a qualidade do ensino, tampouco resvalam as questões políticas e econômicas que ainda distanciavam as classes populares da completa escolarização. Passam a justificar o fracasso escolar, teorias da carência, nas quais

o mau desempenho estaria associado à carência cultural⁸, nutricional e a aspectos socioeconômicos e neurológicos. (BOARINI, 1993)

As diversas explicações para o problema do fracasso escolar coexistem ao longo do tempo, apresentando marcas no discurso da saúde escolar em todo seu trajeto, com a característica comum de direcionarem para a criança o foco da intervenção e a responsabilidade quando do fracasso.

Logo no início da década seguinte, em 1961, é publicada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, LDB, em meio ao debate acerca dos caracteres público e laico do ensino e de seu processo de descentralização. (FERRIANI, 1991). Sua relevância para a discussão sobre saúde escolar reside no texto de lei que abre caminho para uma política educacional pública e gratuita (para pobres) e o subvencionamento do ensino privado.⁹

Ao longo dos anos 1970, a disputa política de modelos públicos de Educação e Saúde tem grande relevância, impulsionada pela crise política e econômica do governo ditatorial, marcado por repressão, vultosos investimentos no setor privado e desconstrução das políticas públicas. No âmbito da Educação, o tecnicismo da educação para o trabalho e a queda na qualidade são alvos, à luz das teorias críticas de pensamento sobre a escola (SAVIANI, 1999). Na área da Saúde, há o debate efervescente acerca das concepções de saúde, a discussão da organização de sistemas públicos de saúde e a incorporação da perspectiva da Promoção de Saúde.

Os serviços de saúde públicos, antes organizados segundo entidades sindicais (os Institutos de Aposentadorias e Pensões), passam a se aglutinar no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS em 1967. Seu caráter privatista acentua-se com a implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, ao qual ficam vinculados o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) dentre outros organismos sob coordenação do

⁸ A teoria da carência cultural é uma explicação para as desigualdades de desempenho escolar e profissional que centra nas condições de vida do sujeito a justificativa para suas incapacidades, ou seja, devido a uma carência de seu meio não foi possível alcançar os mesmos níveis que os mais bem sucedidos. Atende, de certa forma, reivindicações de movimentos raciais quanto ao recorte causal sobre a desigualdade social e econômica que denunciam (PATTO, 1996). A teoria origina medidas assistencialistas em âmbito escolar e um cuidado à saúde ainda individualizado e fragmentado.

⁹ Nova LDB é editada em 1971, a mais recente em 1996 e o texto, corrigido em 2013, devido às mudanças no ciclo básico, garante “atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e **assistência à saúde**” (BRASIL, 2013).

Ministério de Previdência e Assistência Social. A saúde pública clássica mantém o modelo preventivo dos Centro de Saúde (MELLO, 2012b).

Nessa organização, cabem ao INAMPS as ações de assistência médica aos trabalhadores, enquanto ao Ministério da Saúde estão delegadas as ações “campanhistas” (LUZ, 1991). A garantia do direito à saúde, exclusiva de trabalhadores com carteira assinada¹⁰, reduzia ao atendimento médico curativo a abordagem em saúde e marcava a política de saúde massificada e voltada ao lucro de empresários do setor que forneciam serviços de assistência médica mediante pagamento da União. Desse modo, o espaço da saúde escolar se manteve no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação, com relativa autonomia para a execução de ações em nível estadual.

Em São Paulo, data de 1976 a criação do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) na Secretaria Estadual de Educação, que absorve o Serviço de Saúde Escolar. A Seção de Higiene Mental, passa a se vincular ao DAE sob o título de Equipe Técnica – Saúde Mental na Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Têm fim os Consultórios Psicológicos dos grupos escolares e o atendimento segue nos Dispensários e Clínicas de Orientação Infantil centrais. Seu papel também é revisto, considerando o aumento da demanda e redução de equipes, para ações de orientação aos professores, ainda que tivessem um elevado número de atendimentos individuais. (BOARINI, 1993)

Ao longo da década de 80 ganham força propostas e modelos de atenção à saúde que incorporam o ideário da promoção de saúde¹¹, as noções de território e cuidados integrados. Notam-se avanços, na saúde escolar, com a proposição de estratégias como as Escolas Promotoras de Saúde. A iniciativa apresenta, como compromisso e responsabilidade não exclusivos ao setor Saúde, uma proposta de ação intersetorial que considera a autonomia do sujeito e a importância de promoção de ambientes saudáveis, dialogando ao mesmo tempo com políticas de redução de gastos e incorporando elementos compreendidos pelo futuro Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1990a, 1990b).

¹⁰ À população em geral, descoberta pelo INAMPS, restavam os serviços das Santas Casas e demais obras assistenciais e de caridade.

¹¹ Valadão (2004) busca rever o aparente consenso teórico acerca da promoção da saúde e aponta para a participação ativa de organizações internacionais na elaboração e implantação de ações de saúde escolar desde a década de 60. Em relatório da OMS de 1996 citado pela autora, a avaliação do insucesso de tais ações passa pela verticalização e fragmentação de propostas e a falta de estrutura de serviços para atender a necessidades emergentes

As Escolas Promotoras de Saúde fazem a crítica às ações de saúde escolar de cunho higienista que se sucederam ao longo do tempo, sem alcançar os resultados almejados, e propõem temas norteadores de ações sob influência de conceitos como território, comunidade e saúde como processo, e, encarando a ação intersectorial como exigência para intervir sobre os múltiplos determinantes sociais de saúde (SILVA, 1997).

A proposta escapa, em parte, ao modelo de programas verticais, ao se apoiar prioritariamente em norteadores e não normatizações para as ações, e logra resultados diversos (BRASIL, 2006a), de acordo com as distintas realidades em que se desenvolve. Porém, não alcança a amplitude desejada em sua formulação, e perde espaço para 'novos-velhos' programas.

2.1.2 Crise, reivindicações e reforma

A partir da década de 80 são observadas transformações no cenário da saúde escolar relacionadas aos processos de reforma político-administrativa. O ideário do construtivismo direciona a política educacional para nova reforma, buscando garantir ciclos de ensino aos moldes dos ciclos de desenvolvimento previstos pelos autores defensores dessa abordagem. Naquele momento, a proposta construtivista na pedagogia brasileira apresenta-se como nova salvação para as mazelas enfrentadas desde longa data pela Educação (BOARINI, 1993). No entanto, Sawaya (1999) já faz a crítica a essa perspectiva que, assim como reformas pedagógicas anteriores, procuram dar respostas técnicas a questões de ordem política.

No âmbito da saúde escolar vê-se o enfraquecimento dos programas setoriais específicos, que vão cedendo espaço às políticas integradas que se encaminham para a instituição do Sistema Único de Saúde em 1988.

Em 1982, segundo diretrizes de integração dos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde, o Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar é implantado no município de São Paulo em caráter de expansão progressiva pelo estado, com a finalidade de organizar e articular os serviços de atendimento à saúde do escolar. Em seu diagnóstico inicial aparecem problemáticas de saúde como desnutrição e verminoses, que encontram nas teorias de carência cultural a resposta para os problemas de fracasso e evasão escolar. (FERRIANI, 1991)

O Departamento de Assistência ao Escolar é transferido em 1987 da

Secretaria Estadual de Educação para a Saúde, e vira o Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência ao Escolar – CADASE. Com caráter técnico-normativo, seus recursos humanos são redirecionados a escritórios regionais de saúde para planejamento e controle de programas de saúde escolar, quando solicitados pelos gestores da saúde estadual e municipal. A motivação para tal incorporação deveu-se à perspectiva de que enquanto houvesse políticas setoriais para atenção à saúde do escolar, este não seria incluído nas ações de assistência da rede de saúde em construção. De fato, como identificado anteriormente, o papel dos Centros de Saúde na atenção à infância limitava-se à criança em idade pré-escolar.

Operada por grupos de trabalho temáticos (os Grupos Especiais de Programas), a colaboração do CADASE resulta na Proposta de Atenção Integral à Saúde do Escolar (SUCUPIRA, 1994). Esta, de caráter intersetorial, prevê assistência integral à saúde do escolar na rede de serviços de saúde e educação, sob ótica comunitária. Há, portanto, um deslocamento da responsabilidade do cuidado, sem necessariamente uma mudança das formas de cuidado, que se mantêm centradas na saúde ‘do’ escolar.

Simultaneamente, organiza-se o cuidado à infância a partir das Unidades Básicas de Saúde na perspectiva das Ações Integradas de saúde (AIS), uma proposta embrionária de descentralização e regionalização, herdeira da VII Conferência Nacional de Saúde de 1986, na qual ainda foi forte a resistência à implementação de um sistema de saúde público e universal. Num processo contínuo, os serviços passam a ser unificados no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, o que também contribui para a organização normativa de um sistema de saúde único.

Com a Constituição de 1988, o SUS é apresentado como política de saúde universal, integral e equânime, que deve ser operacionalizada a partir de critérios de descentralização, regionalização, hierarquização e controle social e que prevê a participação em caráter complementar do setor privado no atendimento às necessidades de saúde das pessoas. Seus princípios e diretrizes são definidos em sua legislação instituinte: artigos 196 a 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a e 1990b) e Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986 a fim de subsidiar a definição da nova política de saúde, é tida como marco importante no cenário de

disputas não só do modelo assistencial, mas também da própria concepção de saúde a ser adotada no novo modelo. Este fato merece destaque: pode-se observar que, ao longo dos processos de implementação, reformas setoriais não garantem a revisão de antigas práticas e conceitos de políticas públicas, sejam na área da Saúde, sejam na Educação. O SUS nasce imerso nesse campo acirrado, ainda que busque conceitualmente assentar-se sobre um arcabouço progressista (incorporando o ideário da promoção de saúde, integralidade e do processo saúde-doença-cuidado) e na definição positiva de saúde.

Nos documentos orientadores do SUS é clara a orientação para que a responsabilidade sanitária seja compartilhada pelas três esferas de governo, cabendo ao município protagonismo nesse processo. Daí que há uma tendência ao Ministério da Saúde assumir o papel de norteador das políticas e programas específicos, que por sua vez devem contar com adesão, planejamento e implantação por parte de gestores municipais (BRASIL, 2012).

2.2 A concepção atual de Atenção Primária

Atualmente, a organização do sistema descentralizado e regionalizado vem-se efetivando por meio da articulação de Redes de Atenção à Saúde que visam superar o modelo anterior de pirâmide, propondo um diálogo mais horizontal entre os diversos pontos do sistema e garantindo ações integradas e resolutivas, intra e intersetoriais quando necessário (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, Atenção Primária (AP) e de Média e Alta Complexidade (MAC) devem estar articuladas a fim de garantir cuidado integral e vigilância à saúde de toda população.

Starfield (2002) apresenta as características constituintes da Atenção Primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Aponta que tais elementos podem estar presentes em diferentes serviços, em diferentes modelos assistenciais, constituindo-se a Atenção Primária uma premissa filosófica, estratégia de organização de sistemas de saúde ou um nível de cuidado.

Conforme apontam Mello, Fontanella e Demarzo (2009) não há consenso em relação às diversas terminologias empregadas para tratar de serviços de atenção à saúde com ênfase na proximidade da população alvo, capacitados para o atendimento de suas principais necessidades e contando com a tecnologia

adequada para tal. Reforçam o uso indiferenciado das expressões, que guardam em si momentos históricos e aplicações distintas.

No Brasil, o termo mais frequentemente utilizado é Atenção Básica, e parece haver aí mais uma identificação ideológica de negação das acepções políticas contidas nos outros termos¹², posto que no caso brasileiro a Atenção Básica poderia ser representada por Atenção Primária ou Atenção Primária à Saúde (APS). Outrossim, neste estudo optamos por utilizar Atenção Primária considerando o maior trânsito do termo em âmbito internacional, e garantindo a maior abrangência – inclusive das características de base comunitária e da medicina de família.

No caso do SUS, a Atenção Primária assume o papel de principal nível de acolhimento (BRASIL, 2012), pois, estando mais próximo da vida das pessoas e partindo de uma base territorial adstrita, é capaz de planejar e desenvolver ações setoriais e intersetoriais em saúde, possibilitar o acesso universal e o cuidado longitudinal de famílias e sujeitos, coordenar a equidade e a integralidade em diferentes aspectos, seja em atividades assistenciais, educativas ou de vigilância à saúde. Como estratégia para viabilização desse modelo de AP tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que:

visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida (...) como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p.54).

A ESF, ainda como programa, surge no Estado de São Paulo em meados de 1996 sob parceria público-privada no Programa Qualis. A ESF vale-se de instrumentos específicos como a organização em equipe multiprofissional, o cuidado baseado na família, a visita domiciliar e o apoio de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF (BRASIL, 2008). Desse modo, amplia seu potencial de intervenção no quadro de saúde da população e a resolubilidade dessas ações a partir do compartilhamento da responsabilidade sanitária e do próprio cuidado.

¹² Os diferentes usos das expressões Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde passam por experiências economicistas (como as orientadas por agências internacionais no reordenamento de sistemas de saúde e redução de gastos públicos) e programas de assistência à saúde “para pobres”, além de outras relatadas na literatura. Das primeiras procuraria distanciar-se o conceito de Atenção Básica brasileiro (Mello, Fontanella e Demarzo, 2009).

Ao NASF, dentre outras ações, cabe o apoio às equipes da ESF dentro de programas intersetoriais com a Escola e a atenção à saúde da criança e do adolescente em caráter de prevenção de agravos, de promoção e recuperação da saúde, dentro do espaço escolar. De maneira abrangente, as diretrizes do NASF indicam o planejamento local como norteador do processo de trabalho de acordo com a demanda e as necessidades de saúde de seu território junto às equipes da ESF.

Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), que descreve as atribuições desse nível de atenção e eleva o então Programa Saúde da Família ao status de Estratégia, a escola é citada somente como espaço para a execução de ações como grupos e atendimentos, quando necessário. São reconhecidas as práticas intersetoriais como inerentes ao fazer da Atenção Básica, partindo do reconhecimento de necessidades e parcerias de cada território. O documento ainda cita o Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007).

Outras ações de saúde escolar são reportadas ao nível municipal e estadual, com escopo mais reduzido e geralmente em caráter de programas governamentais de mais curta duração (VALADÃO, 2004).

Um panorama geral dos marcos históricos na política pública de saúde escolar pode ser obtido a partir da figura 2:

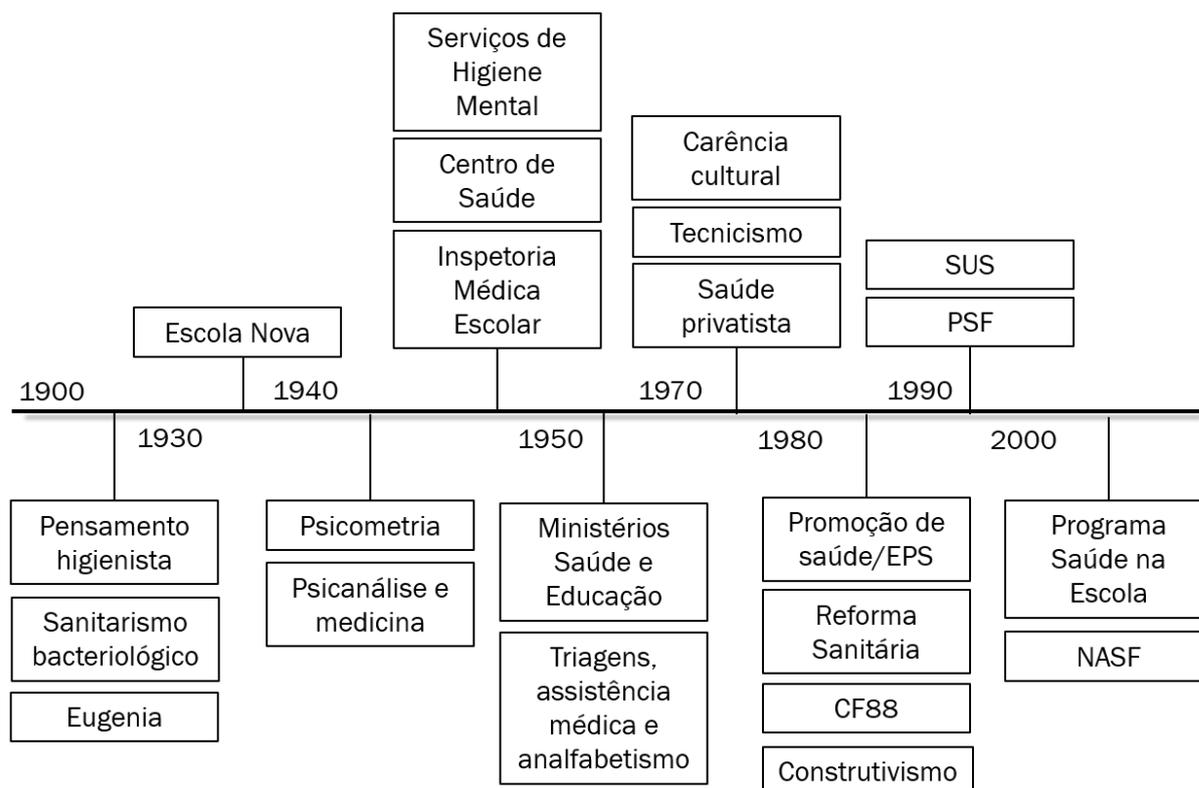


Figura 2 – Linha do tempo da saúde escolar no Brasil (1900-2007).

Propostas com caráter intersetorial e multiprofissional vêm sendo preconizadas para o enfrentamento de questões complexas que envolvam a saúde, integrando políticas sociais para intervenção sobre determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo (BRASIL, 2012). Não trazem, entretanto, direcionamentos para a questão da queixa escolar e operacionalização do trabalho entre serviços de saúde e escolas nesse âmbito.

2.3 Saúde na escola como política pública reeditada: o PSE

O Programa Saúde na Escola resgata a especificidade das ações intersetoriais Saúde-Escola propondo um programa de atividades de avaliação e orientação aos alunos a ser desenvolvido pelas equipes da ESF em parceria com os NASF.

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) o define:

O Programa Saúde na Escola – PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público

básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;
II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e
III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens (BRASIL, 2012, p.75).

O PSE prevê o trabalho direto com crianças e adolescentes no âmbito da avaliação antropométrica e de ações de educação em saúde, que correspondem ao componente Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, a partir dos temas predefinidos descritos no item II acima. Prevê, também, o trabalho indireto por meio de análise de estado vacinal (através das carteiras de vacinação) e a atuação com os professores, no sentido de capacitá-los para a abordagem de temas em saúde.

O Programa não cita as Escolas Promotoras de Saúde, ainda que se aproxime desta proposta ao levar em consideração preceitos como o desenvolvimento local e valorizar a busca por protagonismo no cuidado em saúde dos próprios sujeitos (especificamente os alunos). Por outro lado, aparece como um programa vertical com pouco diálogo com as equipes da ESF, ao trazer um “roteiro” de ações a serem desenvolvidas, cobrar metas numéricas para a garantia de financiamento e sem refletir o que as equipes já têm desenvolvido em seus territórios em termos de ação intersetorial.

Discute-se a inovação trazida pelo Programa, recuperando a história apresentada acerca das políticas de saúde escolar no país. O fim dos programas específicos de atenção ao escolar relaciona-se com a integração dos serviços de saúde na perspectiva que origina o SUS – entendendo que a atenção ao escolar seria absorvida e incorporada pelo próprio Sistema Único nas ações voltadas à infância e adolescência, na garantia de universalização do acesso à saúde.

A que se deve, então, a reinauguração de um programa focalizado, que recupera em sua proposta as práticas já desconstruídas de intervenção sobre a criança como mensurar, enquadrar e normatizar?

O escopo do PSE alcança alguns elementos que podem explicar sua proposição – e que podem, inclusive, prever sua conclusão. Primeiro, a constatação

de que, mesmo com os avanços em termos de cobertura da ESF, o grupo populacional compreendido pelas crianças em idade escolar manteve-se sem priorização (e, muitas vezes, excluído do atendimento). Segundo, o fato de que tais políticas atendem às propostas de agências internacionais, as quais vêm exercendo importante papel no direcionamento das políticas de saúde e educação no Brasil com maior intensidade desde a década de 90 (FONSECA, 1998).

Há que se levar em conta, ainda, o caráter propagandístico que assume o PSE na atenção a uma demanda persistente do setor Educação direcionada à Saúde, mas que não dialoga com suas necessidades (relacionadas ao fracasso escolar, mais que aos cuidados clínicos com a saúde dos alunos ou a temáticas como a gravidez na adolescência). Como aponta Machado (1996), talvez o principal equívoco do programa passe por desconsiderar as apropriações feitas pelos profissionais da rede.

2.4 A saúde escolar no município de São Paulo – breve resgate

Data de 1936 a implantação de serviços de assistência médica e odontológica aos escolares, atrelados à criação dos parques infantis na cidade de São Paulo. Complementarmente, laboratórios de fonética e acústica e de psicologia clínica e higiene mental vão compor as chamadas Clínicas de Saúde Escolar. Esses serviços, de caráter assistencialista, acompanhavam o pensamento higienista vigente e tinham como público alvo as “crianças problema” das séries iniciais do primeiro grau, nas quais se verificava o maior índice de repetência (SUCUPIRA, 1994).

Em 1967 é criado o Departamento de Assistência ao Escolar – DAE, como organismo institucional da Secretaria Municipal de Educação para as ações de saúde escolar no município. Em 1969 é criada a Seção de Psicologia da entidade, que atendia crianças das escolas municipais em modelo clínico e com longas filas de espera.

O DAE muda de nome em 1981, para Departamento de Saúde Escolar – DSE, após as reavaliações do cunho estritamente assistencial que o nome e sua proposta mantinham. O Departamento de Saúde Escolar era composto por equipes multiprofissionais, com predominância de médicos especialistas e outras categorias da saúde, que desenvolviam ações para alunos do ensino municipal – excluindo crianças e adolescentes não matriculados ou que frequentavam instituições

estaduais ou privadas.

Frente ao relativo insucesso, por alcançar um baixo contingente e ter pouca resolubilidade em suas intervenções – operando em paralelo ao sistema de saúde, impacta muito pouco o estado de saúde e a situação do fracasso escolar.-, o Departamento de Saúde Escolar é ampliado em 88 e realocado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP) no ano seguinte. Ainda em 1989, após o I Encontro Municipal de Saúde Escolar e no bojo da implantação de um sistema de saúde descentralizado e regionalizado, a estratégia é revista, passando a se reorganizar sob a Assessoria de Saúde da Criança e do Adolescente da SMS/SP em equipes descentralizadas por distrito de saúde.

As clínicas de saúde escolar também têm seus profissionais redistribuídos, uma vez que tinham pouca capacidade de absorção da demanda – discutível em suas necessidades – e pouca continuidade terapêutica (baixa adesão pela distância).

A SMS/SP passa, portanto, a nortear as ações na área de saúde integral da criança e do adolescente por meio de capacitações e manuais técnicos. Tais ações deveriam ser desenvolvidas nos territórios de saúde a partir das Unidades Básicas de Saúde, coordenadoras do cuidado e responsáveis pela população e equipamentos adscritos sob sua área de abrangência.

Decorre um período do qual se tem poucos registros, referente ao intervalo em que a política de saúde desarticulou-se do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo. A implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, em 1995, reorganiza a cidade em módulos gerenciais fora da lógica do território sanitário, administrada por cooperativas privadas de profissionais (servidores públicos afastados ou terceirizados), cuja remuneração se dava por produtividade.

Sob baixa fiscalização e com um modelo assistencial centrado na equipe mínima – médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem –, iniciativas coletivas de saúde e multidisciplinares foram pouco privilegiadas (JUNQUEIRA, 2002). Moraes e Souza (2001) descrevem experiências desenvolvidas no período, como propostas locais e completamente autônomas, de atenção à saúde mental e saúde escolar organizadas a partir da demanda e com apoio de instituições de ensino superior. Além dessas propostas, encontravam-se iniciativas de trabalho multidisciplinar na área de reabilitação, pouco articuladas com os demais serviços.

Com o fim do PAS, em 1999, o município retoma a tentativa de

municipalização e adesão ao Sistema Único de Saúde, por meio da estratégia do Sistema Integrado Municipal de Saúde, o SIMS (LEÃO et al., 2000).

Em meados de 2001, reinicia-se a articulação de um sistema de saúde no município alinhado com os princípios e diretrizes do SUS e, portanto, incluído nos pacotes de financiamento sob contrapartidas de adesão a programas. Vê-se a retomada do processo de regionalização e municipalização, com ampliação da Atenção Primária a partir do Programa Saúde da Família.

Em 2007, o município propõe o Programa Aprendendo com Saúde. Parceria das Secretarias Municipais de Educação (SME) e Saúde, o programa era definido como “inédito no país” e ofereceria atendimento multiprofissional (“consultas, exames básicos e conferência de cartões de vacinação” e encaminhamentos com agendamento a serviços do SUS), com o objetivo de “promover as condições de saúde dos alunos, que devem refletir no processo de aprendizagem (...), melhorar o aproveitamento escolar de crianças matriculadas na rede, garantindo seu crescimento e desenvolvimento”. (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2015c).

É possível ler, em publicação do Diário Oficial do Município de 10/03/2012, a avaliação do então ministro da saúde, que suportava a apresentação dos números de atendimentos e encaminhamentos gerados –principal indicador utilizado para sua avaliação: “O acompanhamento da saúde destas crianças é o primeiro passo para termos uma geração de pessoas mais saudáveis”(SÃO PAULO, 2012).

Recorta-se o excerto, disponível mesmo após o término do programa no site da Secretaria Municipal de Educação, pois ele ilustra o não ineditismo do Aprendendo com Saúde. A prática de triagem de escolares, sem a presença de familiares (para o programa era necessária somente autorização do responsável), já foi questionada em relação a seus objetivos e efetividade (LIMA, 1985; MOYSÉS; SUCUPIRA, 1996). Ademais, desarticulada da rede de serviços da SMS, a ação produzia encaminhamentos que passaram a acumular-se nas unidades de saúde, assim como a produzir demanda onde não havia, propriamente, uma necessidade instalada.

Tem-se, em evidência, a crença na causa biológica e individualizada para os elevados índices de fracasso escolar, manifesta na expectativa de que o cuidado em saúde necessariamente deve impactar positiva e diretamente a aprendizagem.

Ainda em 2007, o governo federal apresenta sua primeira fase do Programa

Saúde na Escola, que é ampliado em 2009, com adesão da cidade de São Paulo. No portal da Secretaria Municipal de Educação pode-se identificar a concepção de saúde escolar adotada: como educação para promoção de saúde e prevenção de agravos, considerada exercício de cidadania, sob a perspectiva de redução de riscos e promoção do autocuidado (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2015).

As políticas e programas em saúde escolar no âmbito municipal foram esquematizadas na figura abaixo:

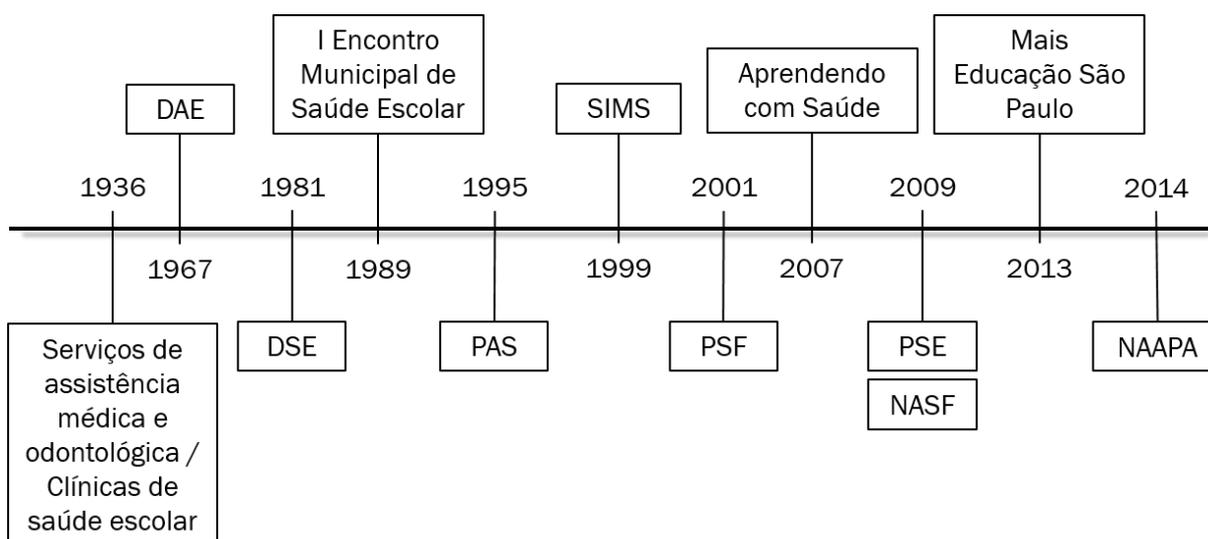


Figura 3 – Linha do tempo da saúde escolar no município de São Paulo (1936-2014.)

É possível observar que as concepções clássicas envolvendo a saúde escolar sustentam muitas práticas contemporâneas e subsidiam o relançamento de programas e políticas públicas, não exclusivas a determinado ente federativo (o que justificaria, por alguma especificidade, esta ou aquela ação focalizada). Mantém-se a criança como principal alvo de tais propostas, o que está intimamente ligado a um modo de ver o processo ensino-aprendizagem (bem como o desenvolvimento infantil de modo geral) isolado de seus componentes sociais e políticos.

Do mesmo modo, a ênfase dada a ações de qualificação do professorado, de matriz tecnicista, indica outra redução comum na abordagem do fracasso escolar: a de que a má qualidade do ensino e o problema do baixo impacto das propostas intersetoriais devam-se à falta de capacitação ou “compreensão” dos fenômenos pelos educadores, isolando-os de seu contexto e excluindo a escola como instituição complexa (SOUZA, 2002).

2.4.1 Organização recente da Secretaria Municipal de Educação para a assistência ao escolar

Em 2013 se dá a apresentação do programa “Mais Educação São Paulo”, alinhado com a legislação federal do programa Mais Educação¹³. Incorpora a Educação Especial já presente no município para o atendimento de alunos com deficiências sensoriais e/ou diagnóstico de transtornos do espectro autista. A Educação Especial é organizada em dispositivos operacionais diversos como o CEFAl (Centros de Formação e Acompanhamento à Inclusão) e as equipes de Professores de Apoio e Acompanhamento à Inclusão – distribuídos por Diretorias Regionais de Educação–e as Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão (SAAI) do Atendimento Educacional Especializado (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2015b).

No município há a regulamentação, por meio de decretos municipais desde 2014, da atuação de psicopedagogos e psicólogos junto às DRE, no órgão intitulado Diretoria de Orientação Técnico-Pedagógica (DOT-P), para ações de promoção de cultura de paz, prevenção de agravos ao desenvolvimento escolar (comportamento e aprendizagem), orientação a professores e familiares e avaliação de crianças e adolescentes, com respectivos encaminhamentos compartilhados, quando necessário, com professores e coordenadores das unidades escolares. Os documentos não preveem especificamente como deve se dar essa atuação (SÃO PAULO, 2014b;2014c).

Em novembro de 2014, por meio da portaria 6566, a Secretaria implanta o Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem – NAAPA (SÃO PAULO, 2014a), nas Diretorias Regionais e incorpora os profissionais de psicologia e psicopedagogia do DOT-P.A proposta parte da legislação já vigente sobre o tema, da identificação de um número elevado de encaminhamentos para diagnóstico de deficiências (em crianças sem deficiência, mas com alguma dificuldade no processo de aprendizagem) e da

130 Programa Mais Educação é uma estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda intersetorial envolvendo escolas estaduais e municipais, que amplia a jornada escolar nas escolas por meio de atividades optativas (BRASIL, 2011)

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 (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2015a).

Assim, equipes multiprofissionais compostas por um coordenador (professor), dois psicopedagogos, dois psicólogos, um fonoaudiólogo, um assistente social e um auxiliar técnico de educação deverão desenvolver um plano anual de ações junto às DRE para, segundo as necessidades das unidades escolares, suas características e projetos, implementar ações conjuntas que visem garantir atenção às situações de fracasso escolar, em especial àquelas não contempladas por outros programas específicos para crianças com alguma deficiência já diagnosticada.

O NAAPA tem como referências teóricas publicações de autores considerados como da psicologia e da pedagogia críticas; propõe-se a promover espaços colegiados de discussão de casos e elaboração de projetos de intervenção nos territórios e escolas, capacitações e atendimentos para avaliação quando necessários (SÃO PAULO, 2015a).

A própria incorporação dos profissionais especialistas da Diretoria de Orientação Técnico-pedagógica pelo NAAPA parece indicar uma nova perspectiva na abordagem do fracasso escolar, uma vez que a atuação passa a ser multiprofissional e coletiva, voltada mais para as escolas que para seus alunos. O referencial teórico também sugere uma abertura para olhar com criticidade as intervenções tradicionais focadas no atendimento clínico individual das crianças, marcadamente infrutíferas quanto ao enfrentamento à “epidemia”.

Vale o apontamento, entretanto, de que a sua proposição, por si só, não garante a transformação a que parece se propor. O NAAPA se estabelece num contexto múltiplo, em que ações dentro do setor Saúde concorrem com ações da Educação, sob o risco de haver desarticulações e desmobilização em relação ao enfrentamento do fracasso escolar e tumultuar ainda mais o campo em questão.

3. NOTAS SOBRE OUTROS CONCEITOS: INTERSETORIALIDADE E COTIDIANIDADE

3.1 Intersetorialidade

Tomando-se a saúde escolar como objeto complexo e campo de intervenção de diferentes áreas de saberes e práticas, é necessário recorrer a outros elementos teórico-conceituais que possibilitem a construção do conhecimento. Nesse sentido, faz-se útil a ideia de intersetorialidade, diretriz operacional do SUS.

A ideia de intersetorialidade presume a interação de diferentes setores da política social, independentes ou somente comunicantes entre si, a fim de compreender e intervir sobre problemas complexos. No entanto, como aponta Almeida Filho (2000), o próprio termo intersetorialidade promove fragmentação ao reforçar que existam diferentes setores isoladamente.

A partir dessa ideia o autor desenvolve uma proposta de transdisciplinaridade como instrumento de superação dessa fragmentação, considerando que o trânsito de sujeitos da ciência pelos diferentes campos disciplinares favoreceria a recuperação das práticas sociais, em detrimento às divisões tecnocratas disciplinares presentes nas políticas públicas. Tomando Bourdieu, Almeida Filho reafirma que a constituição de campos científicos se dá “por meio de uma práxis que articula objeto e método, concepção e prática, limites epistemológicos e limitações sociais, condições estruturais e ação organizada”, de sujeitos históricos “individuais e coletivos que os constroem na prática científica cotidiana” (ALMEIDA FILHO, 2000, p.26).

Com isso, o autor impregna o campo intersetorial pelos sujeitos que operam esse campo, muito além de uma articulação asséptica de equipamentos.

Desse modo, o pensamento tradicional de intersetorialidade Saúde-Educação sob o construto da saúde escolar orienta o desenvolvimento de práticas dissociadas de cada setor (superação da fragmentação pela somatória), que vêm se mostrando insuficientes para atender a esse problema complexo. A aposta de que os sujeitos que constroem esse campo de interações (professores, profissionais da saúde e famílias) sejam potencialmente os principais produtores de práticas transdisciplinares capazes de tratar o fracasso escolar como questão complexa que é, abre possibilidades de transformação da abordagem patologizada do problema.

Teixeira (2003) contribui com a proposta da intersetorialidade ao pensar nas “redes de conversação” como avanço das redes tecnoassistenciais: espaços coletivos de conversação que interligam “encontros” entre serviços/sujeitos promotores de diálogos envolvendo atividades técnicas específicas. Daí a constituição de ações compartilhadas e intersetoriais ganharia o compromisso dos

sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, para além das determinações burocráticas de fluxos dos serviços. O autor sugere que, tratando-se de situações concretas, tais redes de conversação são passíveis de mapeamento, segundo as interações cotidianas estabelecidas entre os “nós”¹⁴ da rede (encontros).

As características da Atenção Primária (porta de entrada do sistema, próxima da vida das pessoas, com caráter de cuidado longitudinal) oferecem, portanto, condições de promover ações intersetoriais segundo as concepções aqui trabalhadas, garantindo um olhar menos patologizante do que seriam os “problemas da vida” (TEIXEIRA, 2005).

3.2 Cotidiano

*“(...)la vida cotidiana es también una suma de instantes
algo así como partículas de polvo
que seguirán cayendo en un abismo
y sin embargo cada instante
osea cada partícula de polvo
estará en un copioso universo.
(BENEDETTI, 2010, p.126)¹⁵*

Muito embora não se pretenda utilizar a categoria conceitual e analítica ‘cotidiano’ (Heller, 1985) como elemento chave nesta pesquisa, pareceu apropriada uma referência inicial como subsídio a reflexões críticas futuras na relação da saúde escolar e o referencial social da saúde coletiva.

Ora, posto que as políticas públicas na área vêm sendo implementadas e os resultados mensurados pouco parecem impactar a realidade, ou há uma inadequação completa de tais propostas ou sua execução tem seguido caminhos diversos. Credita-se à segunda opção o fracasso e a potência de toda política pública. Não basta instituir um campo de saberes e práticas para garantir que as interações se estabeleçam conforme proposto.

Para Heller, “A vida cotidiana é a vida de todo homem (...) e do homem inteiro” (1985, p.17), pois todos a vivem e envolvem todos os aspectos de sua

¹⁴ Os “nós” da rede de atenção à saúde correspondem a todos os elementos em relação envolvidos no processo saúde-doença-cuidado: sujeitos e suas subjetividades, equipes de trabalho, serviços de saúde e territórios, atravessados pelas redes que constituem. Aqui, a ênfase é dada ao processo autônomo que cada nó assume, o que lhes confere, simultaneamente, responsabilidade para o funcionamento da rede. (BRASIL, 2009)

¹⁵ Benedetti, Mário. *Poemas de otros/Cotidianas*. Buenos Aires: Página 12, 2010.

individualidade e personalidade. É a dimensão da vida particular que deriva da constituição e reprodução do indivíduo e da sociedade a partir de sua ação sobre objetos de seu interesse, a que chama objetificação. Todo homem vive seu cotidiano, conjunto de reproduções diárias que tornam a vida possível e ao qual são atribuídas características inerentes garantidoras de sucesso de sobrevivência e mobilidade. Corresponde à dimensão em que os sujeitos históricos concorrem saberes e práticas apropriados¹⁶ em diversos contextos para a participação e construção da vida cotidiana.

A autora assinala que para se obter mudanças e transformações na vida de todo dia faz-se necessário extrair do cotidiano aquilo que ele tem de excepcional, o não-cotidiano.

O não-cotidiano é a ruptura com instituídos, guiada pela tomada de consciência do humano particular de sua dimensão genérica, ou seja, de sua porção constituinte comum a toda humanidade. Corresponde a extrapolar a individualidade alienada do dia-a-dia (sem a qual seria inviável viver) para promover momentos de tensão entre o particular e o genérico. Do mesmo modo, transformar os sistemas de preconceitos (falsos juízos morais) tende a buscar uma convivência menos discriminatória.

Aíse encontra um potencial da teoria para pensar nos processos sociais desenvolvidos em instituições como escolas e serviços de saúde, baseados eminentemente nas relações entre pessoas: dadas algumas condições de realização e de escolhas na vida cotidiana (determinadas historicamente), o sujeito pode limitar-se a uma execução alienada (mera reprodução, consolidada em absolutos – PATTO, 1993), próxima do “humano particular” ou a uma participação consciente que é capaz de produzir alternativas e transformações – o “humano genérico”.

Seria interessante, pois, mapear as relações estabelecidas entre os sujeitos que constroem o campo e é no cotidiano que se verificam as manutenções de dada estrutura e suas transgressões. A construção do campo de pesquisa (BOURDIEU, 2004) se dá nesse cotidiano, pelos sujeitos que o constituem.

Rockwell e Ezpeleta(2007) já sinalizavam na década de 80 para a importância de se compreender a Escola como espaço autônomo e produtor de resistências e

¹⁶ A noção de apropriação utilizada também é retirada de Agnes Heller, a partir do que se configura como o tomar para si de práticas e saberes sociais em ação recíproca com outros sujeitos e em diversos âmbitos.

apropriações não como mera instituição reprodutora da sociedade. Sugerem que se pesquise a Escola para além de seus registros oficiais, que se busque o não-documentado – este, revelador de ruídos valiosos que auxiliam na compreensão do que ocorre dentro e se estende para fora da Escola.

Afirmam que:

O propósito de compreender o cotidiano como momento do movimento social implica o confronto com o manejo das grandes categorias sociais: classes, Estado, sociedade civil, etc. Não se trata, contudo, de analisar o cotidiano como 'situação' cuja explicação se esgote em si mesma; nem de assinalar-lhe um caráter exemplificador, de dado, com referência a alguma configuração estrutural. Na busca teórica que apoia esta construção, a unicidade da realidade em estudo coloca o desafio de apreender analiticamente o que a vida cotidiana reúne (ROCKWELL; EZPELETA, 2007, p.134).

Desse modo, a observação do cotidiano como “história acumulada”, pode acrescentar elementos da ordem do Estado (incluindo aí a política pública) e de integração de saberes e práticas dos sujeitos. O trânsito desses elementos, motivado pelas relações estabelecidas entre sujeitos, constitui o campo.

4. OBJETIVOS

Compreender o campo e as interações entre Atenção Primária/Saúde e escola/Educação na abordagem de crianças com queixa escolar.

4.1 Objetivos específicos

- Apreender o contexto histórico da relação entre saúde e queixa escolar;
- Conhecer a articulação entre serviços que realizam atendimento à queixa escolar, inseridos ou externos à proposta de organização dos NASF;
- Conhecer o percurso do encaminhamento para atendimento por queixa escolar;
- Identificar a construção da atuação intersetorial e multiprofissional entre Atenção Primária e escola.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Para saber se as coisas 'são' da forma como dizem que 'são', tem-se que pesquisar se elas poderiam ser diferentes; para saber como elas se constituem, tem-se que buscar o processo de constituição(...). (MACHADO, 1996, p.212)

Esta pesquisa desenvolveu-se como um estudo de caso, exploratório e analítico sobre as interações entre os campos da Atenção Primária/Saúde escolar/Educação, na abordagem às crianças e adolescentes com queixas escolares. Aqui, toma-se estudo de caso como “uma investigação empírica” sobre um “fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2010, p.39). Buscou-se retratar a dinâmica social a partir da descrição e análise do processo em estudo, pretendendo-se descrever um campo de produções coletivas.

5.1 Participantes da pesquisa

O estudo utilizou amostragem intencional a partir do cenário inicial: uma instituição escolar municipal de ensino fundamental (EMEF) de um bairro da periferia de São Paulo, cujo primeiro contato se deu com informante da direção da escola. A partir do sujeito inicial, novos sujeitos foram incluídos por indicação (bola de neve) ou por serem identificados como importantes elos para compreensão do fenômeno.

Passou-se, além da instituição escolar, por outros dois cenários de investigação: a Diretoria Regional de Educação (DRE) responsável pelo território em que se insere a escola e a Unidade Básica de Saúde de referência para a área em que se localiza a escola.

Foram entrevistados quatro sujeitos da unidade escolar (coordenador, diretor e duas professoras), um sujeito da DRE, cinco sujeitos na UBS (duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e uma profissional da equipe NASF – psicóloga) e um familiar (pai de criança acompanhada na UBS e que frequenta a escola da pesquisa).

Pela dinâmica do campo não foi possível aprofundar as questões para o plano familiar, como inicialmente havia sido pensado no projeto. Um contato com

profissional do NAAPA, indicado como fonte, não retornou o contato após diferentes tentativas.

5.2 Coleta de dados

A principal técnica de coleta de dados proposta foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram agendadas por meio de contato telefônico e por e-mail, segundo a disponibilidade dos sujeitos e oportunidade de realização das entrevistas ao longo das visitas. Cada entrevista foi realizada em espaço definido pelo entrevistado, em seu próprio local de trabalho. No caso do familiar, a entrevista foi realizada na UBS, após a realização da atividade a que compareceram. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 30 minutos, sendo que a menor entrevista foi de cerca de dez minutos e a mais longa de 50 minutos.

Também se incluiu no trabalho de campo o acompanhamento de reuniões (uma reunião intersetorial entre a escola e a equipe da UBS, uma reunião de pais na escola e um encontro do grupo terapêutico coordenado pela psicóloga do NASF na UBS). Sobre esses contextos, foram feitos registros escritos da observação. Dados não sistematizados e fontes de evidências surgidas em campo como registros, informações/comunicações, conversas informais, entre outros, foram auxiliares na compreensão do objeto.

5.3 Análise

As entrevistas foram transcritas e lidas o suficiente para a apreensão inicial. As análises se iniciaram pelo que alguns autores denominam de “modelo clássico”: um processo de ‘percepções’ baseadas na reunião, organização e sumarização dos dados, similaridades e diferenças, dando o esboço de conformação final às categorias de conceitos (GIL, 2008).

Trabalhou-se com categorias prévias à pesquisa de campo e novas categorias que emergiram do campo. Em seguida foram aplicadas técnicas de análise de conteúdo/enunciado, na qual os textos foram relidos exaustivamente na busca por compreender os significados e percepções atribuídos pelos sujeitos, em diálogo com o referencial teórico e as categorias analíticas, destacando-se trechos

representativos das informações (MINAYO, 2010). A partir daí proposições foram sendo delineadas segundo as perguntas de pesquisa. Não se almejou traduzir os discursos (na acepção da análise discursiva), mas apresentar textos circulantes em um dado campo de interações, ao que as falas dos sujeitos figuraram como elementos ilustrativos na elaboração final do material.

5.4 Saturação teórica

Foram realizadas entrevistas e observação de campo até que se obtivessem informações suficientes para compor o quadro de proposições concernentes às perguntas da pesquisa e segundo critérios de saturação teórica, como descritos em Fontanella, Ricas e Turato. (2008). No decorrer do delineamento do estudo de caso e das análises, determinadas categorias analíticas foram reforçadas em detrimento de outras já saturadas ou ausentes, e novas categorias puderam emergir.

5.5 Estudo piloto, validade e confiabilidade

Embora sujeitas a diferentes concepções, a confiabilidade e validade tem sua base na construção do projeto, observância do método científico e transparência na apresentação da implicação da pesquisadora com o campo. Além da diferença de fontes, é aceito que a diversidade de versões ou diferenças de espaço e tempo determinam-se como elementos de triangulação relacionados à validade interna. Nesse sentido, o material coletado no campo foi analisado à luz dos referenciais teóricos e sob efeito de triangulação entre si, sendo possível elaborar reflexões que nortearam a busca de novos conjuntos de dados.

5.6 Aspectos éticos

Atendendo às recomendações da resolução 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo antes de iniciar-se o trabalho de campo e as devidas autorizações e pareceres encontram-se registrados na Plataforma Brasil.

Os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e consentiram na gravação de áudio das entrevistas, que foram transcritas e submetidas à sua apreciação. Não houve recusa, retirada de participação ou pedido de revisão do texto.

6. RESULTADOS

6.1 A Escola

A Escola selecionada é uma Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) administrada diretamente pela Prefeitura de São Paulo que funciona há 45 anos no mesmo local, desde que a região ainda era considerada uma área rural. Atendia 968 alunos regularmente matriculados no ano de 2015, distribuídos em dois turnos (manhã e tarde) com 14 salas em cada, do 1º ao 9º ano (exceto de 8º ano) e um total de 64 professores.

O contato com a escola se deu por meio do diretor, que foi a referência na instituição durante todo o trabalho de campo. Muito disponível, apresentou o espaço da escola e fez sua caracterização. Está na direção há oito anos, vindo de 15 anos de experiências no magistério, sendo sete anos na educação estadual como professor e o restante como coordenador.

Doscinco sujeitos participantes do setor Educação, quatro apresentam mínimo de 15 anos de atuação na área, sendo em média 6 anos de vínculo na unidade escolar do estudo (no caso da profissional da Diretoria Regional de Educação, atua há 8 anos na região). São profissionais de nível superior, a maioria com trânsito em diferentes funções. A exceção é de uma profissional, cuja trajetória passou por funções de limpeza escolar, inicialmente, e que atua há pouco tempo no ensino fundamental. A faixa etária dos entrevistados é de 31 e 55 anos.

As ações intersetoriais com a Saúde tiveram início com o Projeto Vale Sonhar, parceria interagencial¹⁷ com as Secretarias Municipais de Saúde, Educação e da Assistência e Desenvolvimento Social da cidade de São Paulo e implementado em São Paulo entre 2008 a 2012. O Projeto buscou promover ações sobre cultura de paz e não-violência e apresentava uma programação pactuada para desenvolvimento das ações. Com o término do projeto, a escola propôs à UBS a continuidade da parceria.

Além disso, desde 2011, em função do Programa Mais Educação (BRASIL, 2011), a escola tem trabalhado com projetos: oficinas temáticas abertas à

¹⁷Envolvendo UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, e OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

comunidade, que estimulam crianças e adolescentes a ocuparem-se delas no contra turno escolar. Nesses projetos estão envolvidos professores efetivos e colaboradores, como membros da comunidade. Não há remuneração para o coordenador das oficinas, mas há verba extra para escola por conta de sua adesão ao Programa e aos professores é garantida carga horária protegida para o desenvolvimento de tais atividades com remuneração de horas-extras.

Nessa perspectiva, a escola desenvolveu com a UBS o Projeto Saúde. Nesse projeto há um professor responsável por fazer a articulação com a UBS –que, por sua vez, articula os dispositivos da rede de saúde –, a partir da discussão de casos de alunos, funcionários e projetos específicos – como é o caso do PSE.

Foi possível acompanhar uma dessas reuniões, ocorrida no mês de março de 2015. Participaram o gerente da UBS, uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde, a professora responsável pelo projeto no ano anterior (que permaneceu à frente dele por três anos) e a nova responsável (na função há dois meses), o coordenador pedagógico e uma funcionária do setor administrativo da escola. Dentre os temas a discutir, estava o caso da funcionária, cujo marido foi vítima de um acidente vascular cerebral e carecia de cuidados específicos, mas não era cadastrado naquela UBS. A equipe da saúde fez algumas perguntas e o gerente da UBS sugeriu à funcionária que procurasse pela gerente da sua unidade de referência, indicando-lhe a quem e como buscar.

Em seguida, discutiram o problema da escassez de vagas para atendimento de crianças por algumas especialidades, dentre elas a fonoaudiologia (citação possivelmente lembrada por conta da presença da pesquisadora, com formação nessa área). A escola, na figura de uma professora bastante aflita, indicou familiares que retornam falando em listas extensas de espera, e indagou por alguma resolução, pois há muitas crianças que “precisam de atendimento”. A equipe da UBS se dispôs a auxiliar na identificação dos serviços de saúde de referência desses casos.

Foram dados alguns informes: comunicadas as férias da enfermeira que atua no Projeto e quem a substituiria em caso de necessidade e sobre a insuficiência de abrangência de equipe recém-chegada no território do NAAPA, com grande demanda de atendimentos na Diretoria Regional de Educação.

A reunião ocorreu na sala de coordenação pedagógica, ambiente pequeno, mas aparentemente propício à participação. A palavra circulou entre todos e havia

aparente entrosamento entre as equipes, expresso pelo diálogo descontraído.

A reunião foi concluída com um cronograma de ações para o ano, com previsão de próxima reunião para julho e de outras ações como festas e eventos conjuntos, atividades aos sábados e com familiares, porém de realização somente no segundo semestre – devido a inúmeras demandas já colocadas para ambas instituições para o primeiro semestre. Dentre elas havia duas ações que a UBS desenvolveria na escola: vacinação de jovens contra o HPV (Papilomavirus humano), que já tinha se iniciado, e as ações de avaliação antropométrica e de situação vacinal do Programa Saúde na Escola.

Discutiu-se a campanha de vacinação contra o HPV, na qual a equipe da UBS nota melhor adesão que no ano anterior e atribuem isso à melhor informação da população alvo, bem como à atuação da professora do projeto, que busca as adolescentes e incentiva as famílias à vacinação. Ela repassou as ações realizadas para a nova responsável e propôs que esta faça uso de telefonemas, na frequência necessária, para contato com a UBS.

A professora atualmente responsável pelo Projeto Saúde levantou proposta de aprofundar a discussão com demais professores acerca das listas de espera, no sentido de desenvolver ações a partir das queixas (segundo ela, ações que se estenderiam para as famílias de crianças que vinham apresentando mau rendimento escolar, seja por dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento). A pesquisadora foi convidada, em tom de brincadeira, a intervir em tal proposta.

Em visita à escola no dia da reunião de pais, a pesquisadora se deteve em conhecer a dinâmica estabelecida pela escola com as famílias: tratou-se de evento em um sábado de manhã (para garantir maior presença de familiares), dividido em dois períodos de acordo com as turmas de alunos, ambos precedidos por apresentações artísticas dos alunos participantes dos projetos da escola. Não houve tempo para entrar nas salas onde ocorriam as reuniões de cada turma. As famílias e crianças circulavam livremente pelo espaço da escola e muitos procuravam membros da coordenação e corpo docente para saudá-los.

6.1.1 A Diretoria Regional de Educação – DRE

As Diretorias Regionais de Educação atuam em territórios próprios, definidos de acordo com o número de unidades escolares e características de abrangência,

distintas das divisões sanitárias. Desse modo, a DRE responsável pela escola desta pesquisa acaba trabalhando com duas Coordenadorias Regionais de Saúde e duas Supervisões Técnicas de Saúde¹⁸, o que se traduz em ampla área de atuação e um universo muito heterogêneo. Considerando essa abrangência e as múltiplas atribuições, desde 2014, a DRE desta pesquisa possui um órgão responsável pelas ações intersetoriais entre Educação e Saúde. A entrevistada que atua junto à DRE está na coordenação desse setor. O Programa Saúde na Escola é seu principal norteador na DRE, que busca estimular parcerias entre os serviços de saúde (geralmente UBS) e escolas municipais em encontros, capacitações e atividades de sensibilização.

Em 2014 iniciaram um trabalho que previu a realização de três encontros e ações de vigilância em saúde, vacinação, palestras e as atividades do Componente 1 do PSE. Tais informações devem ser atualizadas em planilhas e sistema de informação sob controle da DRE. A experiência é recente com as ferramentas de acompanhamento e a Diretoria tem procurado estabelecer momentos presenciais para discussão e apresentação de ações, além do monitoramento dos dados.

O CEFAI e o NAAPA atuam conjuntamente à Diretoria de Educação, atendendo, respectivamente, a demanda de crianças e adolescentes com deficiência e a demanda de problemas de comportamento e aprendizagem. São os agentes *in loco* da DRE e constituem-se como articuladores da rede de proteção à infância do território.

Quando há casos específicos, em que a escola não consegue buscar respostas localmente, a DRE é acionada e a abordagem é individual: a Regional busca as referências no território e atua como articuladora de setores e serviços.

6.1.2 O Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem – NAAPA

O NAAPA apareceu como um elemento novo no campo de interações a partir da queixa escolar. Atua atrelado à DRE e neste caso assiste 209 unidades de

¹⁸ A cidade de São Paulo possui divisão administrativa sanitária por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Sul, Sudeste, Leste, Centro e Oeste, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Estas regionais dividiram-se em Supervisões Técnicas de Saúde (STS), que corresponderiam a distritos sanitários definidos após o processo de regionalização do SUS na capital. (SÃO PAULO, 2015)

ensino – Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, Ensino Fundamental – EMEF, Centros Educacionais Unificados – CEU – e Centros de Educação Infantil – CEI ou creches conveniadas). Frente a um território extenso e muitas unidades, o NAAPA iniciou seu trabalho pelas escolas de ensino fundamental, origem do maior número de encaminhamentos e índices de fracasso escolar relevantes.

As demandas alcançam o Núcleo por meio de relatórios encaminhados à DRE, com dados das crianças identificadas pelos professores como necessitando algum tipo de intervenção. De acordo com o tipo de queixa, esse encaminhamento pode gerar ações como avaliações específicas da criança e observação pedagógica em sala de aula, atendimentos com a família e a escola, discussão do caso com a unidade escolar ou ainda se desdobrar em ações coletivas e capacitações. Para os casos em que há suspeita ou diagnóstico de deficiência há o acompanhamento em Sala de Apoio à Inclusão (SAAI) com professor especializado em paralelo ao acompanhamento na sala regular. Assim, os demais casos são de responsabilidade do NAAPA.

A equipe do NAAPA da Diretoria Regional de Educação de referência foi contatada por e-mail, telefone e através de redes sociais, sem sucesso. O último contato foi realizado às vésperas da finalização desta dissertação.

6.2 A Atenção Primária: UBS

A escola indicou uma Unidade Básica de Saúde como único serviço como desempenhando o papel de Atenção Primária no território. A UBS localiza-se numa região periférica do município de São Paulo, no mesmo território da escola. É gerida por uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e uma Organização Social, responsável pela contratação de profissionais.

Dos cinco entrevistados vinculados à UBS de referência, três apresentavam tempo médio de trabalho de 11 anos na ESF e um há 22 anos no mesmo serviço. O profissional da equipe NASF tem nessa unidade o primeiro emprego na área de formação, há pouco mais de dois anos. As profissionais auxiliar de enfermagem e agente comunitária de saúde não possuem formação superior, e os demais possuem pós-graduação. Excetuando-se a profissional auxiliar de enfermagem, que está prestes a aposentar-se, os demais têm idade entre 26 e 32 anos.

A UBS funciona de segunda a sexta das 7 às 19 horas e assume a

responsabilidade sanitária por um território com aproximadamente 28.000 habitantes. Opera sob o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, com sete equipes da ESF (compostas por enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde – somente quatro delas contava com médico), duas equipes de saúde bucal (dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal), um farmacêutico e dois técnicos de farmácia, dez profissionais de apoio administrativo e uma equipe do NASF composta por dois fisioterapeutas, nutricionista, assistente social, educador físico, psicólogo e dois terapeutas ocupacionais, sendo uma vaga em aberto. Todos os profissionais cumprem carga horária de 40 horas semanais, à exceção do assistente social que cumpre 30 horas e fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que cumprem 20 horas.

A UBS desenvolve as ações preconizadas pelas orientações técnicas do Ministério da Saúde e do município: visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem (nas áreas de saúde da criança/adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso e saúde do homem), consultas odontológicas, ações de práticas integrativas em saúde, de planejamento familiar, hipertensão e diabetes, gestantes, puericultura, lianggong, Programa Ambientes Verdes Saudáveis (PAVS). Realiza procedimentos como curativo, coleta de sangue e exames laboratoriais, vacina, inalação, medicação, aferição e monitoramento de pressão arterial, glicemia e temperatura, exame de Papanicolau, teste de gravidez e do pezinho.

Também desenvolve ações previstas nos programas Mãe Paulistana, Remédio em Casa, Auto monitoramento glicêmico-AMG e provê insumos como fraldas, oxigenoterapia e dietas especiais por meio da Unidade de Atendimento Domiciliar-UAD.

Como é comum a unidades da periferia, a UBS apresenta problemas para a fixação de profissionais. Durante o período da pesquisa, houve substituição da gerência da unidade, saída de profissionais (inclusive da auxiliar de enfermagem entrevistada e da terapeuta ocupacional que conduzia com a psicóloga uma atividade voltada para a queixa escolar) devido ao vínculo empregatício com a prefeitura¹⁹ e rotação de médicos, sendo que três eram do programa Mais Médicos.

¹⁹ O território em que se insere a UBS passava por reformulações devido a um processo conhecido por “chamamento”, que consistiu em uma redistribuição das organizações sociais parceiras da Prefeitura de São Paulo na administração dos serviços do SUS. Esse processo exigiu o remanejamento de profissionais e, em algumas regiões, a completa mudança do quadro de trabalhadores e da organização o trabalho. Na região de estudo a UBS permaneceu sob gestão da

A população adstrita caracteriza-se por baixa renda e elevada vulnerabilidade no território. Na área de abrangência da unidade de saúde encontram-se três escolas (a EMEF incluída no estudo, um CEU e outra escola municipal) e há uma escassez significativa de equipamentos sociais. Há uma universidade privada e o comércio se baseia em pequenos negócios de alimentos e bebidas nos próprios domicílios. O acesso por meio de transporte público se dá somente por vans e uma linha de ônibus.

A equipe NASF desenvolve o apoio a duas UBS da região, totalizando oito equipes da ESF. Por conta dessa distribuição de equipes apoiadas, dividem sua carga horária proporcionalmente, permanecendo quatro dias na UBS da pesquisa.

O monitoramento das atividades desenvolvidas é realizado pelo registro de metas numéricas de produtividade, segundo valores preestabelecidos pela instituição, por meio do contrato de gestão com a prefeitura²⁰. Diariamente essas atividades são lançadas em sistemas de informação e as metas não alcançadas precisam ser justificadas todos os meses. Não há metas para ações intersetoriais.

Qualificadores como tempo de consulta (15 minutos para a consulta médica, 20 para a consulta de enfermagem e 30 minutos para a consulta específica de profissional do NASF) e número de participantes de cada grupo (grupos terapêuticos de duas a cinco pessoas e grupos educativos sem mínimo estabelecido) são também previamente definidos, o que pode levar a algumas distorções das ações – ou dos números.

São incentivadas ações para fora da UBS, mas ainda assim são priorizadas as atividades que possam valer como indicadores de produção.

Há uma forma de organizar o trabalho na unidade bastante fragmentado: trata-se de um equipamento grande, com um número grande de trabalhadores, o que favorece o isolamento e as interações ocorrem prioritariamente dentro das equipes. Ao mesmo tempo, a ausência de espaços específicos (com exceção dos consultórios destinados a cada equipe da ESF) e a organização hierarquizada do trabalho gera algumas tensões relacionadas ao que é entendido como prioridade e a

mesma entidade, com remanejamento de participantes da pesquisa.

²⁰Segundo o documento norteador da Secretaria Municipal de Saúde para a Atenção Básica há somente indicativos de porcentagens da carga horária a serem destinados a cada ação, sendo que o médico da ESF deve dedicar 70% para consultas e o restante para outras ações (incluindo visitas, reuniões, grupos e ações no território), enfermeiros 40% e 60%, respectivamente, e profissionais da equipe NASF entre 25 e 35% para consultas e o restante para atividades de apoio (SÃO PAULO, 2016).

disputas de poder.

O desafio de atuar em equipe, baseados sobre um mesmo território, e com diferentes formações e concepções emerge num cenário em que participam propostas diferentes de organização do trabalho (como é o caso da própria equipe NASF) e ferramentas complexas como o Projeto Terapêutico Singular²¹ e a clínica ampliada. Tais propostas não são acompanhadas de mudanças estruturais, o que facilmente leva a uma adaptação das novas formas de fazer e antigos moldes.

6.2.1 A oficina de letramento

De acordo com as diretrizes propostas para as equipes do NASF (BRASIL, 2014) cabe a realização de ações terapêuticas específicas, planejadas conjuntamente com as equipes da Estratégia Saúde da Família de acordo com as necessidades do território. No caso em estudo, a equipe NASF desenvolve um espaço chamado de Oficina de Letramento.

Essa intervenção teve início com a elevada demanda de crianças encaminhadas pelas escolas a partir de queixas de linguagem, comportamento e/ou aprendizagem. A equipe NASF, que não conta com fonoaudióloga em seu plano de trabalho, organizou-se para acolher a demanda das questões de comunicação e linguagem também nesse espaço, com posterior encaminhamento para o serviço de referência, se necessário. Como profissionais de referência para a intervenção, a psicóloga da equipe e uma terapeuta ocupacional²² se revezavam semanalmente na condução das oficinas.

A Oficina de Letramento opera como um grupo terapêutico fechado semanal, com duração prevista de até 90 minutos. As crianças têm entre oito e doze anos e participam sozinhas das atividades, enquanto as famílias as aguardam. As famílias, por vezes, recebem orientações sobre as atividades e como trabalhar com as crianças em casa.

Foi realizada observação participante de uma das oficinas. Nesse dia

²¹ Projeto Terapêutico Singular, o PTS, é uma ferramenta de trabalho em equipe para a elaboração de um plano de cuidados interdisciplinar para um sujeito individual ou coletivo, mais aplicado a situações complexas, em que são definidas as necessidades de saúde, propostas de intervenção e avaliação de modo compartilhado entre equipe e usuário, com definição de prazos e responsáveis (BRASIL, 2014).

²² Quando das entrevistas, a terapeuta ocupacional havia saído do grupo há pouco tempo por mudança de horário e a psicóloga coordenava sozinha a oficina.

compareceram cinco crianças de um total de dez que compõe o grupo, sendo somente uma menina. Houve atrasos, mas foi permitida a entrada das crianças após o início. Na sala, uma espécie de espaço multiuso pouco adaptado para a atividade do grupo, cadeiras estavam dispostas em fileiras e ficavam de frente para uma lousa. A atividade proposta foi a leitura compartilhada e em voz alta de dois livros que as crianças levaram para a sessão (um livreto com fábula e uma história em quadrinhos sobre “tipos de gol no futebol”).

As crianças foram separadas em dois grupos pela terapeuta, segundo critérios de heterogeneidade em relação ao nível de leitura/escrita e comportamento previamente sabidos. Foi perceptível o desconforto de algumas crianças com a situação de exposição provocada pela leitura em voz alta e isso pareceu motivar comportamentos de dispersão e de desvio do assunto. A seguir, a terapeuta propôs atividade gramática de identificação de dígrafos, ainda nos pequenos grupos, fazendo uso da lousa e de giz. A atividade consumiu as crianças, e algumas delas não compreenderam a proposta até o término, fazendo tentativas de resposta envergonhadas e incoerentes (conscientes da latente falha e compreendendo a necessidade de oferecer uma resposta ao que lhe era pedido). A terapeuta assumiu, após o encontro e enquanto realizava os registros das atividades, que não se sentia preparada para tal e que nunca havia atuado com esse público/essa problemática. Não houve tempo suficiente antes e depois da atividade para preparo da proposta.

6.3 A queixa escolar no território

Comportamento é aquela criança que não consegue prestar atenção na aula, que tem uma dificuldade de se concentrar, que é muito bagunceira, e a dificuldade de aprendizagem é aquela criança em que eles já fizeram a aula, já fizeram aula de reforço e mesmo assim a criança não consegue ser alfabetizada, não consegue dar sequência na escola.(S5)²³

De modo geral a queixa escolar se apresenta como crianças e adolescentes encaminhados para outros equipamentos, não necessariamente do setor Saúde, devido a problemas observados pela equipe docente em sala de aula. Os problemas mais frequentes são de ordem comportamental e dificuldades de aprendizagem, que compreendem uma série de manifestações possíveis: crianças agressivas, crianças

²³ Representaram-se por “S”, acrescidos de números, os excertos de fala dos sujeitos, em caráter ilustrativo.

apáticas, trocas na fala e problemas de linguagem.

A causa mais frequentemente atribuída a tais manifestações em sala de aula é, entretanto, a família – “as famílias desestruturadas”. A falta de suporte familiar e adesão às recomendações e encaminhamentos sugeridos pelos setores Saúde e Educação foram apontadas como principal problema – e causa – que contribui para o fracasso escolar. Os entrevistados enxergam como sintoma as manifestações comportamentais e procuram compreender o que a criança deseja comunicar com determinadas atitudes.

6.3.1 Os caminhos do encaminhamento

A queixa escolar chega à Unidade Básica de Saúde por três formas possíveis: por meio da família, que apresenta a queixa verbalmente à equipe de saúde, por meio de uma guia de encaminhamento ou por meio da escola, nas discussões do Projeto de Saúde. O caso é ‘triado’, muitas vezes, pelo próprio agente comunitário de saúde, orientado pelos outros profissionais da equipe. A criança ou adolescente encaminhado passa, então, por atendimento com o enfermeiro ou médico da equipe de saúde da família. Em algumas situações, quando a queixa parece mais “grave”, o primeiro atendimento pode ser uma consulta compartilhada com profissional da equipe NASF. Segundo uma enfermeira da UBS, graves são os casos em que há “alguma agressão, alguma coisa desse tipo. Ou uma desnutrição grave, coisas gritantes que a gente vê que tem risco de morte ou de um prejuízo, mais *pra frente*”.

Quando a família busca diretamente a unidade de saúde, deve passar pelo Acolhimento, uma avaliação inicial realizada na UBS pelo auxiliar de enfermagem que identifica a queixa e orienta a família sobre os próximos passos. O atendimento médico, em geral, se dá quando a demanda é de ordem ‘biológica’. Sua participação na discussão e desenvolvimento de projeto terapêutico na queixa escolar é secundária.

Traz porque a escola mandou. Se não tiver uma pessoa de fora para falar o que realmente é a dificuldade da criança, eles não sabem dizer. (S10)

A maioria dos casos é identificada pela escola e as famílias nem sempre compartilham da mesma percepção; isto é visto como distanciamento da família em

relação ao escolar, mas indicatambém a possibilidade de um comportamento que se manifesta exclusivamente na escola, implicando-a na produção da queixa.

No caso em que se identifica que a criança ou adolescente se beneficiará de um processo terapêutico e há possibilidades de ofertar o atendimento (prioritariamente em grupo) na Unidade Básica, isso ocorre em grupos coordenados por profissionais da equipe NASF, organizados segundo a idade ou queixa. Há uma percepção de que a queixa escolar que denota um problema 'na criança' é encaminhada, enquanto a UBS atende as queixas relacionadas ao funcionamento de um sujeito em dado contexto.

Casos tidos como mais complexos, em que somente o atendimento na UBS não parece ser suficiente, são encaminhados para outros serviços, como o Centro Especializado de Reabilitação²⁴ ou para o Centro de Atenção Psicossocial²⁵ à infância e juventude. Há ainda a possibilidade de o caso ser inserido em lista de espera e aguardar por uma vaga em outro equipamento de saúde da cidade, mais distante do local de moradia. Quando não há rede disponível para o encaminhamento, o caso é absorvido na UBS, geralmente pelo NASF.

O acompanhamento do caso encaminhado se dá por meio das informações obtidas pelo agente comunitário de saúde em visitas domiciliares. Também cabe a ele mobilizar a família para aderir a uma conduta, bem como levar ao serviço de saúde as demandas e queixas apresentadas pelas famílias. A vinculação que esse profissional estabelece com os usuários influencia diretamente o tipo de acesso ao serviço de saúde. As rediscussões dos casos permitem estabelecer um cronograma de reavaliações e propor novas intervenções.

6.4 Interações e cotidiano

A criança tá ali, ela quer aprender. O que faz diferença é o olhar. É um envolvimento, a vivência, mas também, e a formação, que é fundamental. E do diálogo, né? Não adianta tentar impor alguma coisa. (S10)

²⁴ Os CER – Centros Especializados de Reabilitação – são equipamentos do SUS que contam com equipes multiprofissionais e atendem em caráter ambulatorial e regionalizado pessoas com deficiência e outras necessidades de reabilitação, encaminhadas pelas UBS.

²⁵ O CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Juventude – é um equipamento da rede de atenção à saúde mental criado como dispositivo substituto às longas internações em hospitais psiquiátricos e se presta ao atendimento de crianças e adolescente até 18 anos que apresentem transtornos mentais ou questões de saúde mental que afetem seu pleno convívio e participação social. Não é necessário encaminhamento formal para entrar no serviço.

A escola e a Unidade Básica de Saúde já desenvolviam trabalhos em conjunto há longa data na forma de ações pontuais e educativas que os profissionais da área da saúde ofertavam e a Escola aceitava quase que compulsoriamente. Tais ações comumente tinham como foco as crianças e adolescentes ou consistiam em orientações aos professores. Reconhece-se a relação estabelecida e estudada aqui como fruto de “abertura de portas e diálogo”. A partir da iniciativa da direção da escola em apresentar suas necessidades à equipe da Saúde e esta, as suas, foi possível delinear de fato um trabalho comum.

A primeira ação, em 2012, foi a oferta de palestras sobre sexualidade e drogadição para os alunos, feita pela Unidade de Saúde. A direção da escola, insatisfeita com a proposta que não dialogava com suas necessidades, apresentou uma relação de 100 alunos com alguma questão que prejudicava seu desenvolvimento e aprendizado, identificados pelos docentes. Ao apresentar à UBS, detectou-se que somente duas crianças não eram cadastradas naquela unidade de saúde.

Até então, as crianças que os professores identificavam como apresentando alguma dificuldade, após discussão do caso com a direção da escola, eram encaminhadas com relatório escolar ao CEFAL ou para um especialista da área da Saúde, muitas vezes sem diferenciação do que se tratava de deficiências ou somente dificuldades no processo de aprendizagem.

Noventa e oito famílias foram convocadas entre 2012 e 2013 para uma avaliação conjunta com escola e Unidade Básica de Saúde e, destas, 43% não compareceu. A equipe envolvida com o Projeto identificou que muitas dessas famílias eram pouco presentes, tanto na escola como no serviço de saúde, e propuseram uma agenda de visitas domiciliares para identificação da queixa e sensibilização, iniciadas em 2014 e que vêm ocorrendo.

As propostas de intervenção da equipe de saúde são definidas nesses encontros, balizadas pelos programas verticais solicitados pelas secretarias e pelas necessidades identificadas pela escola. Essas necessidades são particularizadas, ou seja, se uma turma de alunos poderia beneficiar-se de determinada ação, esta é oferecida a ela, e não padronizada a toda escola. As abordagens de ordem coletiva são priorizadas no espaço escolar, ao passo que questões como sobrepeso e aprendizagem, e as questões familiares são abordadas individualmente no serviço de saúde. Isso sugere que a questão da aprendizagem ainda é tratada como

problemas individual, com menor envolvimento da instituição escolar.

a gente acaba sentando com a escola e decidindo como é que a gente vai fazer esse fluxo (S5)

Disponibilidade, envolvimento e abertura para a construção coletiva do trabalho são algumas das características observadas como essenciais para o trabalho intersetorial, caso contrário, tende-se a produzir mais um trabalho apartado e pouco resolutivo. A formação acadêmica foi citada como um fator que interfere no modo como os profissionais atuam na intersetorialidade – e a Escola reconhece na Saúde uma maior capacitação para esse arranjo –, mas não há uma formação em nível de graduação ou no formato de educação continuada para lidar com a produção da queixa escolar até o momento. As concepções de educação, ensino e infância concorreram como elementos determinantes para o tipo de interação a ser desenvolvida.

Também é necessário tempo para planejamento e desenvolvimento das ações e que haja referências pessoais a longo prazo, para além do período de duração de uma campanha ou ano letivo, especialmente porque os casos mais complexos exigem tal acompanhamento.

As ações desenvolvidas alcançam uma dimensão comunitária que inclui a promoção de eventos e atividades fora do âmbito de ação específico de cada setor, conformando uma relação mais afetiva e implicando os envolvidos.

Na relação com as políticas de saúde escolar, fica claro que os envolvidos não se limitam à execução das ações previstas. Reconhecem a necessidade de transcender o previsto nas normatizações como fundamental para atender à própria política, como é caso da parceria no Programa Saúde na Escola. As políticas públicas devem ser adaptadas às necessidades dos territórios em que operam os executores de tais políticas. Daí o novo foco das ações intersetoriais aparece como o território e a comunidade que nele se organiza, extrapolando o espaço escolar.

Dá a impressão que eles acham que a gente tá invadindo o espaço deles (da escola). (S7)

O serviço de saúde sofreu mudanças organizacionais importantes com a passagem do PAS e a posterior introdução da Estratégia Saúde da Família. A

relação com outros serviços e especialmente com a escola foi interrompida durante o PAS e atualmente há uma melhor organização e registro das ações desenvolvidas. No entanto, tal aprimoramento não parece ter impactado a demanda.

Resistências são observadas ao longo do processo de construção do campo de interações e manifestam-se como reação a rupturas e frustrações ao longo do processo. Há exemplos de outras instituições escolares com as quais um trabalho conjunto não foi possível e expressões como medo, descompromisso, vulnerabilidade e incompreensão se misturam no quadro explicativo do insucesso da parceria. A pouca disponibilidade dos agentes envolvidos na pactuação das parcerias, em geral os gestores, é também correlacionada. Em todas as aproximações frustradas com outras Escolas, a UBS relata não ter havido uma nova tentativa. Para casos em acompanhamento, a comunicação com as escolas em que não há parceria estabelecida se dá por meio de relatórios.

6.5 Políticas públicas de saúde escolar

*“Os homens pedem carne. Fogo. Sapatos.
As leis não bastam.
Os lírios não nascem
da lei.”
(DRUMMOND, 1987, p.25)²⁶*

As políticas são um desencadeador de ações e de parcerias, em grande parte das ocasiões. Tendo em vista a ausência de processos formativos para a construção de parcerias com a escola, as orientações descritas nos manuais de tais políticas públicas servem como norteador. Há uma dimensão de coação para que ocorram ações da Saúde no espaço da Escola assumida pelas políticas que exigem e cobram resultados numéricos e inflexíveis das intervenções.

Eu acho que essa relação começa pelo diálogo...agora, o poder público tem que ter políticas claras, objetivas, com condições de implementar isso. (S10)

De modo geral, as políticas públicas de saúde escolar orientam a realização de ações de triagem nos escolares e de palestras sobre temas de saúde, uso de

²⁶ DRUMMOND (DE ANDRADE), CARLOS. *A rosa do povo*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

álcool e outras drogas e sexualidade, além das intervenções sobre calendário vacinal e saúde bucal. Ressalta-se que é importante não se restringir ao que é previsto nas normas e manuais.

Para além dessa previsão, as ações desenvolvidas relacionam-se a um olhar mais particularizado para cada escola e suas demandas, bem como para os casos específicos de crianças e adolescentes, e envolvem capacitações com docentes, discussões de caso, avaliações e encaminhamentos. O dispositivo da visita domiciliar foi utilizado para casos complexos com resultados satisfatórios.

No que se refere ao Programa Saúde na Escola, a UBS iniciou em 2013 a realização das triagens (avaliação antropométrica, análise de estado vacinal e triagem visual). A proposta é bem aceita, porém ainda não é possível identificar o impacto da mesma, inclusive porque a quantidade de escolas a que a UBS se vincula para a execução do Programa exige uma dedicação de tempo que a equipe não dispõe, considerando-se as demais ações sob sua responsabilidade.

O Programa Aprendendo com Saúde, ao contrário, distanciou escola e UBS, uma vez que não previa nenhum espaço de planejamento conjunto das ações ou avaliação de necessidades.

6.6 Processos de medicalização

Percebe-se uma grande lacuna entre o discurso e a prática e, à medida que ocorrem formas de preencher tal lacuna (com núcleos de proteção, estatutos, denúncias, declaração de direitos etc.), mais lacunas vão se formando (BOARINI E BORGES, 1998, p.103)

Nota-se, no campo de atuação sobre a queixa escolar, uma preocupação com a proteção da infância como responsabilidade das instituições (neste caso, Saúde e Escola). A família comumente é responsabilizada pelo fracasso escolar – que aparece ligado à “carência psicológica” e ao “desamparo”, citados pelos entrevistados. O olhar medicalizante desloca-se da criança que não aprende para a ‘família vulnerável’, incapaz de estimular adequadamente e proteger a criança.

Ao mesmo tempo, a Escola é imbuída da responsabilidade de garantir os direitos das crianças e salvá-las de uma infância carente de estimulação positiva. A Saúde por sua vez assume o papel de explicar a dificuldade de aprendizagem e validar o discurso escolar. A família passa a ocupar o pólo oposto: quando segue as

orientações, o caso tem sucesso, quando não segue, a criança continua sem aprender. A desistência do tratamento proposto é comparada a uma desistência de investimento na criança.

Dispositivos de ameaça, como sugerir o contato com o Conselho Tutelar são utilizados para estimular a adesão a determinada conduta, geralmente acordada entre a escola e a UBS.

O lugar da criança deficiente se mantém marginal: ora, 'diagnosticada', para essa criança têm-se expectativas mais limitadas em relação a sua aprendizagem. A criança continua guardando em seu funcionamento a responsabilidade pelo não aprendido.

O uso de medicação para tratamento de queixas escolares é pouco reconhecido no caso em estudo; relatam poucos pacientes em tratamento medicamentoso²⁷. Somente as professoras entrevistadas e a agente comunitária de saúde chamaram a atenção para um uso intenso de remédios desacompanhado de outras intervenções, com intuito de 'silenciar' algumas queixas, em especial aquelas que perturbam não o aprendizado, mas os adultos. Elas reprovam esse uso e enxergam outros acompanhamentos que o setor Saúde poderia oferecer como substitutos.

O tratamento medicamentoso ainda é visto como mais associado a crianças com deficiência e como opção de conduta para as famílias que não aderem a outros acompanhamentos. Um exemplo citado foi do encaminhamento direto para o CAPSij, para avaliação psiquiátrica, na qual comumente a medicação é oferecida – devido ao pouco tempo para a avaliação médica e aparente solução rápida atribuída ao remédio.

6.7 Dificuldades para a parceria

A escola apresenta-se muito envolvida com a comunidade em que se insere. Relata algumas dificuldades relacionadas à organização da Educação municipal, como os elevados índices de adoecimento docente, que levam a mudanças frequentes de professores em sala e baixo vínculo com alunos. Tal adoecimento é

²⁷ Registra-se, a partir das entrevistas, que alguns casos encaminhados e que seguem acompanhados em outros serviços – como o CAPSij, por exemplo – podem receber condutas e terapêuticas medicamentosas que não são de conhecimento da equipe da ESF.

relacionado a condições adversas de trabalho: o professor que ingressa na carreira é “substituto” e não tem turmas definidas para lecionar, implicando em despreparo para lecionar para determinada turma que desconhece. Como o número de afastamentos é grande, o rodízio de professores também é, e a escola observa o impacto negativo disso no comportamento e desempenho dos alunos.

As condições de vida características de grandes centros urbanos como São Paulo – e ainda mais intensos na periferia – como a exposição precoce ao uso de álcool e outras drogas, violência, desemprego e a desigualdade social são identificados como elementos que interferem no processo ensino-aprendizagem e que “são levados para dentro da escola” pelas crianças e adolescentes. Apontam a Escola como potencial deressignificação dessas relações.

O reconhecimento desses fatores pode ser traduzido como uma crítica ao próprio sistema escolar, avanço importante para a formulação de uma análise e propostas de enfrentamento ao problema do fracasso escolar. Ao colocar-se como ator produtor da queixa escolar no campo, as relações tornam-se menos medicalizantes e culpabilizadoras.

A Unidade Básica de Saúde percebe lacunas também no sistema de saúde: a falta de referências para avaliação e tratamento, a elevada demanda, rotatividade de profissionais – especialmente médicos – e cobrança de metas que não dialogam, muitas vezes, com as necessidades reais do território mostram-se como elementos que dificultam a ação intersetorial com a Escola.

Em algumas situações, a família é colocada no lugar de suprir tais lacunas, devendo “estimular em casa enquanto aguarda a vaga” ou buscar por si mesma o atendimento para a criança encaminhada. Isso é avaliado negativamente e o exemplo é a ausência de fonoaudiólogo na equipe NASF. Há uma demanda importante para essa especialidade e mesmo os atendimentos de avaliação precisam ser feitos por profissionais externos à Unidade Básica, o que acaba atrapalhando o acompanhamento da criança e a discussão do projeto de cuidados delineado entre a escola e a UBS.

7. DISCUSSÃO

Não pode haver ausência de boca nas palavras: nenhuma fique desamparada do ser que a revelou.
(BARROS, 1996, p.67)²⁸

A percepção de que os setores devem trabalhar limitados ao seu âmbito de atuação é quebrada quando o leque de interações extrapola as intervenções prescritas e focais e avança para o estabelecimento de espaços comunitários e coletivos de pensar o território e seus fenômenos. Assim, a ideia de atuação intersetorial que se aproxima da transdisciplinaridade – que valoriza as práticas sociais para além das divisões disciplinares (ALMEIDA FILHO, 2000) – surge como tendência no caso em estudo e ratifica a relevância da dimensão cotidiana e histórica da relação estabelecida.

A história da parceria firmada entre Unidade Básica de Saúde e escola faz parte do discurso dos sujeitos que operam tais relações, e constitui o comum do trabalho. Do mesmo modo, a pactuação de atividades nas reuniões locais garante maior adequação das ações ao contexto de intervenção, e conseqüentemente, maior impacto. No momento em que são instituídos campos comuns, para além da reunião de intervenções fragmentadas e prescritivas, o modelo tradicional de atuação intersetorial é superado por uma proposta de fazer conjunto e baseado no cotidiano.

A própria rede de conversação (TEIXEIRA, 2003) formada pelos sujeitos gera maior implicação, o que foi apontado como elemento crucial para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Os encontros entre as equipes são capazes de aumentar a potência do trabalho, criando nos envolvidos a percepção de que o produto dessas relações avança na superação das dificuldades e problemáticas e mantendo-os mobilizados para o processo. Ressalta-se que são os sujeitos e as relações que compõe a articulação, e não os equipamentos de Educação e Saúde por si.

Considerando o caso em estudo, o tempo maior de atuação na área e o maior trânsito dos sujeitos por diferentes espaços e funções pode sugerir uma habilidade mais desenvolvida para as aproximações e parcerias com outros serviços. Do mesmo modo, em ambos os pontos da articulação, a maioria dos sujeitos apresenta

²⁸BARROS Manoel de. *O livro sobre nada*. São Paulo: Record, 2001. 85pp.

tempo suficiente de trabalho no mesmo território para conhecer sua dinâmica, o que permite maior envolvimento e proposição de intervenções mais adequadas às necessidades e expectativas da população. A experiência dos sujeitos favorece uma ação mais intuitiva e assertiva.

As escolas com as quais a parceria não se consolidou com a Unidade de Saúde não costumam apresentar propostas e pedidos à UBS, mesmo em relação a encaminhamentos por queixa escolar. O movimento da UBS em buscar tais unidades é motivado pelas exigências programáticas, e isso se dá de maneira distanciada e burocrática.

Assim, parece haver uma tendência de que, se o núcleo de intersectorialidade localizar-se no setor da Educação, ou seja, quando as intervenções são propostas a partir da escola, o sucesso da parceria é maior. Não é possível tecer considerações em relação à influência do ponto de intersectorialidade para o processo de medicalização destes casos, posto que a lógica medicalizante opera socialmente e independente do setor.

As experiências descritas na literatura de trabalho intersectorial entre UBS e escolas reforçam a necessidade de respeitar o espaço da escola (a equipe de saúde é “estrangeira” naquele território) e atender às demandas e tempos trazidos pela escola (problematizando as expectativas segundo as possibilidades e necessidades, mas evitando atribuir à Escola papéis que são da Saúde). A escolha para o trabalho com determinada instituição escolar deve levar em conta a motivação para o trabalho conjunto, interesse e disponibilidade da equipe escolar, ainda que os critérios iniciais devam ser a priorização de acordo com a vulnerabilidade e demanda. Entretanto, há uma tendência de que são justamente as escolas mais vulneráveis aquelas em que a atuação conjunta parece mais difícil (CARVALHO et al.; AZEVEDO, 2001).

Ainda nestes casos, em que a composição do trabalho coletivo e compartilhado se torna difícil, muitas vezes por conta de conflitos e tensões despertadas em iniciativas anteriores, é importante procurar minimizar esses efeitos, mas também não os ignorar quando existirem. Tomar o conflito e a frustração como ponto de partida pode ser uma estratégia para sua superação e, de todo modo, considerando-se que tais relações são conformadas pelas pessoas, repensar os processos e identificar quais são as resistências e as construções é fundamental para avançar no sentido de uma relação mais próxima entre escola e serviços de

saúde.

Conforme Machado (1996), Valadão (2004) e Antônio e Mendes (2009), as políticas públicas de saúde escolar deveriam ser menos normativas e mais estratégicas, se pretendem transformar uma realidade. Deveriam ter como principal premissa a produção de novas formas de convivência dentro da Escola e desta com a comunidade e o próprio serviço de saúde. Há uma tendência nas políticas de a Saúde delegar atribuições suas para a Escola e os professores. Isso já era verificado no início da Inspeção Médica Escolar, seja pela falta de profissionais na área da saúde, seja por uma concepção teórica, e tende a sobrecarregar a Escola e promover um apagamento do papel mediador da Saúde, que deve propor finalidades comuns e estratégias “de caráter processual e compartilhado” (VALADÃO, 2004).

Cada escola tem sua própria cultura escolar, constituída cotidiana e historicamente pelos sujeitos que passam por ela e ainda permanecem nela. O mesmo se aplica a instituições de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde. Assim, não é possível definir uma única forma de estabelecer parcerias e intersetorialidade, o que indica que propostas verticais e muito normativas tendem a esterilizar as práticas. Isso não implica na inexistência de políticas de saúde escolar, que se mostram interessantes pontos de partida para encontros, mas indica que devam permitir maior reflexão e adaptação de acordo com as necessidades de cada território e possibilidades dos sujeitos envolvidos. Quanto mais próximo do nível executante e der o planejamento, mais apropriado e exequível ele será.

Ademais, é necessário compreender o contexto em que tais políticas assumem o protagonismo na intersetorialidade; ora, a política pública é planejada e operada por sujeitos e aí reside sua variabilidade. Ao identificar-se que os sujeitos perdem espaço no cenário de ação, ainda que para uma ‘política exemplar’, é preciso estar atento para quais mecanismos atuam para que isso ocorra; possivelmente, trata-se de um processo de alienação em relação ao objeto de ação, ou seja, em relação ao próprio fazer (seja na UBS, seja na escola).

Enquanto a Saúde baseia-se em políticas públicas para iniciar a interação com a Educação, a queixa escolar se mantém como principal razão para a interação destas com os serviços de saúde. A queixa escolar aparece como processo de individuação e culpabilização pelo fracasso escolar, mas que não mais se limita à criança que não aprende, deslocando-se entre os personagens envolvidos, segundo seu lugar de poder (diretores culpam professores, que por sua vez culpam colegas,

crianças e famílias), conforme aponta Collares (1994). A criança ainda é o principal alvo das ações, em detrimento do sistema escolar.

A criança pobre, traduzida como 'vulnerável' parece seguir sendo aquela que apresenta problemas na escola e o alvo passa a ser a 'vulnerabilidade', para que a criança consiga ser alfabetizada. A ideia de vulnerabilidade como prejuízo na garantia de direitos e desigualdade social (NICHIATA et al., 2008) é, por um lado, o reconhecimento de um contexto que ultrapassa a criança e pode ser uma tendência de ampliação crítica da abordagem ao fracasso escolar. Por outro, corre-se o risco de que a associação de 'vulnerabilidade' à criança pobre que apresenta problemas na escola corresponda às explicações atribuídas pelas teorias da carência cultural.

Conforme afirma Patto (1997), há um rol de justificativas que apontam as famílias dessas crianças como responsáveis pelo fracasso escolar, seja por não fornecerem 'adequados' estímulo e ambiente, por não "compreenderem e acompanharem" as indicações da escola e dos profissionais da saúde ou por características preconceituosamente atribuídas em relação a seu modo de educar os filhos.

Assim, a escola que aparentemente avança ao trazer o ambiente e a comunidade da criança para a discussão sobre o fracasso escolar encerra um discurso de continuidade ao propor como dimensão de intervenção, a técnica. A escola, defasada para lidar com as novas demandas trazidas pelas crianças e adolescentes para seu interior, carece de capacitação e adaptações técnicas para se adequar a um grupo de estudantes carentes afetivamente. (ANGELUCCI et al., 2004)

Como indica Sawaya,

Longe de afirmar que a miséria não tem efeitos devastadores sobre a vida dos indivíduos, (...) a compreensão dos processos sociais que geram exclusão e das formas de enfrentar condições adversas de vida das famílias de camadas populares deve ser, nessa perspectiva, o ponto de partida para as ações sociais de combate à pobreza (SAWAYA, 2006, p.141).

Desse modo, pode representar um avanço o deslocamento do olhar da criança que não aprende isoladamente e compreendê-la em seu contexto, desde que os mitos envolvendo a culpabilização das famílias não assumam esse lugar e que sejam as relações estabelecidas no campo em que a queixa escolar é produzida o foco das intervenções.

A Escola produz o fracasso em seus alunos e acaba recorrendo à legitimação da Saúde, que por sua vez ou reforça a queixa, acolhendo-a de modo individualizado ou a repele, “devolvendo” à escola tudo aquilo que perpassa o escolar, insígnia da baixa capacidade do sistema. No caso em estudo, a UBS acolhe a demanda que lhe alcança e busca adotar uma intervenção voltada para as crianças e que acaba tendo pouca adesão, por diversas razões possíveis: falta de capacitação para essa atuação, pelo sentido que as famílias atribuem à proposta, limitação de resultados individuais sobre um problema que, em grande parte das vezes, não é individual.

Freller (2004) apresenta proposta semelhante de atendimento em grupo às crianças encaminhadas ao serviço de saúde em função de queixa escolar, porém esclarece que o objetivo da intervenção deve ser o de problematizar “as práticas institucionais e escolares que produzem e mantêm o fracasso escolar”. A partir da oferta de um espaço de ressignificação, elaboração e produção de linguagem e afetos às crianças, mediado pela terapeuta, relata que a implicação dos atores envolvidos nesse processo – escola, famílias e o próprio serviço de saúde – foi facilitada. Souza (2006) e Machado (2000) defendem uma intervenção sobre o fracasso escolar que se baseie, acima de tudo, na interlocução com a escola e as famílias, atentando para uma mediação que não busque culpabilizar os sujeitos.

Para Ferriani, “O fracasso escolar é atribuído, em grande parte, aos problemas de saúde das crianças, sobretudo àqueles de ordem orgânica. A saúde, então, é trazida para o interior da escola com a finalidade principal de redimir e minorar o fracasso escolar” (FERRIANI, 1991, p141). Assim, a Atenção Primária assume papel fundamental na condução da intervenção sobre a queixa escolar, definindo os caminhos de cada caso, individualmente, e da própria realização de ações intersetoriais. Nota-se que uma atitude que pactue com a medicalização da infância – explicitada por encaminhamentos para especialistas e uma abordagem individualizada que desconsidera o contexto de vida da criança – tende a reforçar os problemas de comportamento e aprendizagem como fenômeno biológico (ANGELUCCI et al., 2004).

A condução realizada pelos profissionais da Atenção Primária – neste caso, da Unidade Básica de Saúde – é determinada por inúmeras características que passam pela formação acadêmica e humanística, condições e apoio na organização do processo de trabalho e por habilidades interpessoais e atitudes como

disponibilidade para o diálogo e compromisso. Os sujeitos da pesquisa mostram-se disponíveis para intervenções menos medicalizantes, porém isso não se dá de modo natural. A ausência do profissional médico nas discussões ocorre mais por uma carga elevada de trabalho exclusivo e possível falta de capacitação para atuação com a demanda escolar do que por uma compreensão de que se tratam de questões mais sociais e culturais que médicas.

A partir do que pressupõe Cabral e Sawaya (2001) em relação à formação de psicólogos poder-se-ia inferir para os demais profissionais de saúde que a clínica enfoca a queixa escolar como o que falta, aquilo que a criança ou sua família não tem, sem levar em conta os elementos sociopolíticos. Machado (1996) ressalta que a atuação sobre a queixa escolar necessariamente produzirá subjetividades, e a orientação para intervenção voltada ao sintoma da “criança doente” tende a produzir subjetividades que reduzem a potência de vida da criança, alertando para a necessária mudança de orientação das práticas de saúde.

Há a previsão para a atuação do médico de família no atendimento à queixa escolar (SUCUPIRA; FRANK, 2012), orientando o profissional a valer-se, no primeiro contato, do arcabouço teórico-prático da medicina de família: buscar compreender a queixa como produto de um contexto complexo, do qual criança/adolescente e família são parte e partir da longitudinalidade do cuidado para melhor identificar alterações de saúde. Nesse mesmo artigo, atentam para a precaução necessária quanto à facilitação diagnóstica para algumas entidades como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), oferecida por manuais que apontam um grupo de características como preditores objetivos de um quadro complexo e de grande peso subjetivo.

Machado (1996) indica a “cumplicidade” dos serviços de saúde ao contribuir para a busca por diagnósticos totalizantes e recupera o papel destes na promoção de encontros e discussões com professores sobre o trabalho com as crianças que não aprendem, passando pela discussão de hipóteses e apropriações, suas concepções e expectativas em relação a cada ator. A esta forma de intervir credita a possibilidade de “afetar o rumo de histórias e relações escolares que tendiam à cristalização” no sentido de resgate da autoestima, motivação para diferentes práticas docentes e comunicação não estigmatizante envolvendo os encaminhamentos. Reconhecer a implicação de cada profissional nesse processo e sua possibilidade de afetação é premente para que haja intervenções críticas,

necessárias e não alienadas. Para que haja o resgate do humano genérico no cotidiano das escolas e dos serviços de saúde.

Há, porém, limites para uma atuação problematizadora e coletiva de educadores e profissionais da saúde em função das condições de trabalho. Patto (1996) indicou alguns fatores que ainda seguem afetando o trabalho escolar: remanejamentos frequentes de professores, mudanças de programas, baixa remuneração e desvalorização. No contexto da UBS, tais elementos também são aplicáveis, somados à elevada segmentação dos processos de trabalho e normatizações e as cobranças de metas – para as equipes da ESF e NASF – que inviabilizam o exercício de uma prática de Atenção Primária coerente e tampouco de ações intersetoriais (LOPES, 2013).

O esvaziamento de sentido das práticas docentes, que também se aplica aos serviços de saúde, estabelece uma relação de muito pouco investimento e da qual frequentemente colhem-se resultados frustrantes.

Foi possível observar que a demanda de queixa escolar é norteadada pela disponibilidade de atendimento pelo próprio serviço de saúde, isto é, quando há especialistas para realizar o atendimento de determinado problema, há registro de mais encaminhamentos. Lopes (2013) também observa esse movimento com a chegada da equipe NASF a uma Unidade Básica e reforça que a cultura da busca por especialistas na Unidade é um dos principais desafios para o desenvolvimento de ações não medicalizantes. Fundamental, pois, que o trabalho se volte para a produção da queixa escolar e não somente reproduza a lógica de encaminhamento e atendimento, o que traduziria um reforço na maneira de lidar com o processo de produção do fracasso escolar como problema individual de saúde, logo, medicalizante.

Assim, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família acabam por ocupar uma posição potencialmente estratégica: seu lugar de saber é reconhecido por usuários e profissionais para atender à demanda de queixa escolar, o que valida suas intervenções, ao mesmo tempo em que não há formação para todos os profissionais para atuar nessa perspectiva – muito menos na abordagem que se defende. A construção de um fazer na lógica da Atenção Primária é um desafio diário, e os riscos de a atuação do NASF acabar reforçando a produção da queixa escolar são grandes.

A formação aparece como um elemento que subsidiaria as condutas e que os

trabalhadores percebem como algo que não é garantido suficientemente na educação técnica (graduação ou profissionalizantes). Tal necessidade poderia ser proposta como mudanças nos processos formativos de profissionais da saúde; não como uma formação específica para atuação no âmbito escolar, o que soa como nova legitimação do saber da Saúde no espaço da Escola. Ademais, não parece viável a garantia de conteúdos específicos para a formação do profissional da saúde em cada setor com o qual os serviços estabelecem parcerias. Trata-se, entretanto, de formação acadêmica para atuação na intersectorialidade, para o planejamento compartilhado de ações e articulação de redes, e com direcionamento para a compreensão do funcionamento das instituições – pressupostos diretores do SUS, mas que só se constroem em serviço, segundo características particulares de cada território.

Utilizar como norteadores os princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Primária parece ser um caminho tecnicamente firme e eticamente seguro. Possivelmente, é pela influência do ideário do SUS que há a percepção de que o trabalho da Saúde opera melhor com a complexidade dos casos que a Educação, como foi trazido pelos sujeitos desta pesquisa. Garantir abordagem integral, articulada no território, partindo do usuário para propor as intervenções (e não baseada meramente no diagnóstico clínico ou pedagógico) e avançando da queixa biológica para uma perspectiva compreensiva sobre as relações em que se produz a queixa, tendem a ser ferramentas de cuidado em saúde que colaboram para o enfrentamento ao fracasso escolar e não para sua manutenção.

Características pessoais e habilidades apontadas como necessárias para essa atuação identificam-se como aspectos que podem ser trabalhados e adquiridos, desde que haja direcionamento das instituições para esse modo de operar com a saúde e o território que incentive culturas de cuidado em saúde humanizado, acolhedor e de negociação.

Do mesmo modo, é importante rediscutir os indicadores de produção em saúde, que tendem a desvalorizar ações de construção compartilhada, seja pelo tempo maior que levam para se instituir, seja pela dificuldade em transpor esse fazer para indicadores quantitativos numéricos. Um dado aparentemente contraditório, mas que desvela uma maneira de pensar no cuidado em saúde desligada da ideia de processo.

No que se refere à implementação dos Núcleos de Apoio e Acompanhamento

para a Aprendizagem, reconhece-se que há muitas expectativas dos profissionais da Saúde e da Educação em relação à sua atuação. A demanda de crianças e adolescentes sem aprender ou apresentando problemas de comportamento preocupa e gera desconforto e o surgimento de uma equipe apta a trabalhar especificamente com essa questão interessa aos atores que circulam no campo entre Atenção Primária e escola. No entanto, é preciso ter cautela com a entrada de categorias profissionais do setor Saúde como política oficial (atrelada ao atendimento da deficiência e da disfunção) nos equipamentos educacionais, o que remete ao fazer da escola nova, com a explicação de alguns processos sociais internos à escola sendo feita pela saúde (SAVIANI, 1999).

Ainda em relação aos programas e políticas de saúde escolar, o Programa Saúde na Escola apresenta-se bastante normativo, mesmo que pretenda estimular as produções de cada escola e serviço de saúde. Sua lógica de operação remete às primeiras definições de saúde escolar, limitadas ao espaço da Escola e de matriz higienista, ao propor a intervenção da Saúde sobre os corpos das crianças e para orientar professores e adequar o espaço escolar para o desenvolvimento e aprendizado. Não há nada de novo na realização de levantamentos estatísticos, mensurações e esquadramento de corpos na Escola e é uma questão a ser discutida o porquê foi necessário retomar um programa específico definindo tarefas aos profissionais da Atenção Primária mesmo com o fim dos programas de saúde escolar – devido à incorporação do cuidado à infância.

É possível observar uma separação entre as ações desenvolvidas na parceria entre escola e UBS no escopo do PSE e as demais atividades realizadas. Ainda que se afirme que as ações compõem um mesmo Projeto, é perceptível um maior envolvimento com as atividades definidas localmente, entre os sujeitos, que aquelas previstas e cobradas nos componentes do Programa.

Atribui-se ao professor funções que não lhe cabem, cumprindo um rol de ações muitas vezes descontextualizadas e sobre as quais pouca resposta pode ser oferecida, como é o caso da identificação de índices antropométricos alterados. Desde as décadas de 20 e 30, observa-se a substituição, pela professora, de atribuições que seriam das famílias e dos serviços de saúde (ROCHA, 2005). A autora indica que, diante da incapacidade das famílias em garantir o bom desenvolvimento da criança, a Escola se torna a garantidora dos cuidados com o educando.

A presença dessa ideia se mostra na identificação da infância e da adolescência 'vulnerável'. Historicamente, tem origens na medicina higienista e encontra aplicação por meio de ações de higiene mental, que em muito se assemelham a algumas ações ainda praticadas nas escolas e nos serviços de saúde. Orientações às famílias e a solicitação da intervenção do poder público (na atualidade representado pelos conselhos tutelares e demais organismos da rede de proteção à infância) nos casos em que se vê ameaça à saúde da criança ou adolescente são práticas presentes na Escola e nos serviços de saúde.

A questão que se coloca em relação ao problema da infância 'vulnerável' é que o tratamento que recebe do Estado é da ordem da proteção da criança e do adolescente, já expostos a situações indesejáveis e deletérias, e não de abordar os fatores que levam a essa exposição. Isto é, ataca-se o problema sem que suas causas – a desigualdade social e seus produtos – seja sequer abordada. Do mesmo modo, a infância é encarada na sua acepção moderna, como fase naturalmente frágil e imperfeita, que carece de proteção e moralização, a qual, se não garantida pela família, será pelo Estado. É entendida como uma infância única e o fato de que se trata de uma construção social, que vai mudando com as transformações econômicas e sociais, é relegado a segundo plano (ZANIANI; BOARINI, 2011).

Já na década de 80, em São Paulo, a criação do cargo do Orientador de Assistência ao Escolar previa a capacitação de um professor escolhido pela direção da escola para assumir a coordenação da atenção à saúde do escolar, dentro da escola. Esse modelo parece se manter na estrutura do caso em estudo. Ainda que com a garantia de carga horária específica e pagamento de horas extras, há uma tendência à sobrecarga do professor, que acumula atividades (FERRIANI, 1991; VALADÃO, 2004) e assume a responsabilidade de identificar alterações e encaminhá-las (quando não de intervir). A dimensão da formação continuada problematizadora, na perspectiva do professor como multiplicador (que se dá nos espaços de matriciamento, como as reuniões intersetoriais), e não como substituto do setor Saúde onde este falta, permite que as informações veiculadas extrapolem o senso comum (COLLARES; MOYSÉS, 1985).

Como indicam as autoras:

Teorias são transformadas ao serem incorporadas ao pensamento cotidiano não modificado, de tal forma que se desfiguram, perdem sua identidade, são reduzidas a técnicas, métodos que só se diferenciam dos anteriores

pelo nome. (COLLARES; MOYSÉS, 1996)

Os próprios encaminhamentos costumam ser feitos sob influência do senso comum, ideias e mitos que são reproduzidos até que não se alcance sua origem. Assim, as reuniões entre equipe escolar e equipe da UBS se tornam espaço para recuperar a história de cada criança (potencial encaminhamento) e as visitas domiciliares um instrumento para conhecer diferentes verdades. Desse modo, e sem distanciar-se de que só é possível recuperar a história de produção do fracasso escolar colocando a Escola no centro do jogo de relações.

7.1 Ideias sobre o cotidiano

Esta categoria emergiu do campo de pesquisa. A observação das relações estabelecidas permitiu identificar elementos de uma prática cotidiana e alienada, mas capaz de 'fazer as coisas andarem'. Por outro lado, alguns avanços notáveis parecem só ter sido possíveis pela inserção de pausas nesse cotidiano, pequenas rupturas. Rupturas com os programas de saúde escolar, com um modo de fazer distanciado, com agendas e metas de produção.

Uma relação entre serviços que não se produz para além do cotidiano não permite mudanças na abordagem do fracasso escolar. As características que, no caso em estudo, parecem permitir que haja interações entre escola e UBS e que estas se deem para além das normatizações (recebidas e produzidas), sugerem um movimento dos profissionais envolvidos de tensionar instituídos. A negação de realizar somente as ações preconizadas, por parte da instituição escolar, o exercício de pensar juntos em algumas situações invés de promover o mero encaminhamento, produz soluções diferentes do que a dimensão cotidiana permitiria.

Esses pequenos pontos de ruptura, entretanto, não definem a interação da escola e Saúde. Em ambas instituições, o trabalho praticamente não se destaca da dimensão do humano particular, indicando um fazer cada vez mais alienado e pouco transformador. Nas UBS, todas as ações são quantificadas e registradas como procedimentos sistematicamente, sobrando pouco espaço para qualquer outro fazer que não gere números. Na escola, salas cheias e o sucateamento já relatado tornam estratégia de autodefesa o fazer alienado.

O risco de processos de trabalho que não valorizem os tensionamentos entre

particular e genérico – a que Heller chama de “ação moral” – reside na esterilização de atividades humanas que tem por essência um produto para além da particularidade e, conseqüentemente, a perda do sentido da atividade e sua ineficiência.

Tanto na Saúde, como na Educação, para tornar-se agentes efetivos é preciso se infiltrar no cotidiano, quebrar preconceitos e redirecionar a cotidianidade, como sugere Collares (1994). Repensar as práticas e dialeticamente buscar modos de fazer mais coerentes com o que se pretende é fundamental para romper com os mesmos modos de operar com os mesmos problemas, que tanto se mostraram insuficientes, e é nesse sentido que as ideias de Agnes Heller merecem ser melhor estudadas no contexto de serviços de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.
(SABINO, 2006.)²⁹

Considerando-se a multiplicidade de forças de resistências e criação que habitam o campo de interações entre Atenção Primária e escola, conceber que as políticas públicas para saúde escolar – ainda que verticais e autoritárias em seus parâmetros de avaliação – sejam apenas o que se produz, é leviano. Ainda quando a relação Escola-UBS esteve marcada pela entrada bandeirante destes para a realização de procedimentos preventivos e educativos doutrinadores de um “bem-estar biopsicossocial”, possivelmente haverá dobras, haverá espaços em que são produzidas diferenciações, em que é produzida vida e relação. Desse modo, o campo de interações em questão, se constitui e é constituído também pelas práticas programáticas que o atravessam, pelos programas e ações alheios a seu contexto.

Não se trata de uma defesa da política pública que se inscreva como prática prescritiva, porque sua implantação sempre superaria a própria prescrição estéril. Mas é necessário assumir que há produções que a extrapolam e que podem ter resultados mais ou menos potentes em relação ao que se pretende nos encontros dentro do campo em estudo.

As distintas configurações de redes de atenção à saúde afetam a queixa escolar: a possibilidade de que a Atenção Primária se dê na UBS, especialmente apoiada pela ESF/NASF, invés de chegar diretamente a ambulatórios de especialidades ou outros espaços que se relacionariam menos diretamente com a escola e o território, pode abordar a queixa de modo menos medicalizante.

Considerar os fatores que determinam a escola e a própria queixa escolar é fundamental para superar a ideia de que esta é possível de ser sanada pelo mero encaminhamento. Do mesmo modo, o serviço de saúde deve assumir como premissa seu potencial de produção e manutenção da queixa escolar e deve avaliar cuidadosamente quando sua intervenção pode ser iatrogênica ou quando é de fato necessária (capaz de produzir potência), envolvendo família e Escola nesse

²⁹ SABINO, Fernando. *O encontro marcado*. 81ª ed. São Paulo: Record, 2006, 368pp.

processo.

O olhar para o território parece ser um avanço importante, uma vez que caminha para o reconhecimento do caráter complexo – socialmente construído – da queixa escolar. É preciso, porém, cuidar para não colocar para a vulnerabilidade a que estão expostas muitas famílias a culpa pelo não aprendizado ou pelo mau comportamento. Escola e Saúde parecem ainda buscar responsáveis para o fracasso escolar – que também é de cada instituição e profissionais envolvidos – e voltar-se contra a família não produzirá efeitos menos prejudiciais.

A história das ações intersetoriais é compartilhada nos serviços inclusive por quem não viveu essa trajetória. Os fracassos e sucessos vão compondo um discurso institucional que pode facilitar determinadas propostas e inviabilizar outras (como parece ocorrer com as escolas em que houve resistência e negativas).

Respeitar o espaço e conhecimentos do outro, buscar pontos em comum, reconhecer falhas (e evitá-las) e mostrar-se acessível, no entanto, parecem ser elementos fundamentais para o estabelecimento de qualquer relação.

A ESF apresenta um instrumental poderoso para atuar nessa perspectiva. Parte de um mesmo território em processo, tem um papel que pode ser decisivo, como principal referência de Atenção Primária, na manutenção do fracasso escolar como problema de saúde de crianças e famílias vulneráveis. Ao mesmo tempo, pode configurar espaços de acolhida que extrapolem a queixa, mas que (ainda que por meio dela) alcancem as relações que estão sendo produzidas a todo tempo no campo de interações em que se insere a queixa escolar.

9. POST SCRIPTUM

... mas se deixou levar por sua convicção de que os seres humanos não nascem para sempre no dia em que as mães os dão à luz, e sim que a vida os obriga outra vez e muitas vezes a se parirem a si mesmos. (MARQUEZ, 1998, p.205)³⁰.

Ao longo dos dois anos do mestrado foram muitas as experiências que perpassaram a pesquisa, de algum modo. Profissionalmente, saí da UBS e passei por outros pontos da rede: por um CAPSij e por um CER.

Estarem outros pontos da redeme permitiu observar como a queixa escolar transita. A queixa escolar derrama da escola e ocupa os vãos que se permite que ela ocupe. Chega ao CAPS infantil, chega ao Centro de Reabilitação, chega à Universidade. E, às vezes, não chega a lugar nenhum.

A forma como é recebida, entretanto, é determinante: a partir dela, o lugar aonde vai parar a queixa é o lugar aonde vai parar o menino, a menina, a família por detrás da queixa.

Localizar na criança a razão do fracasso escolar SEMPRE é medicalizar. Não importa quantos testes tenham sido feitos, nem quantos serviços validem isso. A criança que não aprende pode ser parte de uma construção chamada fracasso escolar que tem muito mais atores, mas não pode ser responsabilizada por uma cadeia de eventos e fatores que a coloca nesse lugar.

Assim, a defesa de que a Atenção Primária ofertada à queixa escolar possa retirar o estigma sobre a criança e produzir novas relações entre o não aprender e os envolvidos nesse processo. Se esse lugar pode ser, com mais possibilidades, a Unidade Básica de Saúde – por suas relações no território – esse é mais um elemento para compor o debate sobre o tema.

Mas a clareza de que, como agentes da Atenção Primária em qualquer ponto da rede, devemos garantir que outras questões sejam abordadas ao se tratar da queixa escolar e, em especial, sejam enfocadas as relações estabelecidas, é uma conclusão desta pesquisa e de meu processo como pesquisadora-trabalhadora-usuária do SUS.

É preciso munir os profissionais com conhecimentos técnicos e habilidades interpessoais para abordar o fracasso escolar nesse sentido. É preciso repensar as

³⁰MARQUEZ, Gabriel Garcia. *O amor nos tempos do cólera*. 19ª ed. São Paulo: Record, 1998, 428pp.

políticas de saúde escolar e as formas de mensurar a saúde e a escola. É preciso parar de mensurar e se debruçar sobre as produções, sobre as relações.

É preciso olhar para a potência de aprender que há no não aprender. Para a potência do ensinar que reside no não ensinar. Para a potência de cuidar que existe em não cuidar (ou em cuidar de qualquer jeito...).

Para além de definir quem cuida, quem ensina e quem aprende: é colocar-se entre os que transitam nesse campo, essencialmente transdisciplinar, e assumir a responsabilidade de que cada ato provoca múltiplos efeitos – inclusive adversos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.11-32, nov./dez. 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6345/4930>>. Acesso em: 06 set. 2015.
- ANGELUCCI, Carla Biancha et al. O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.51-72, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n1/a04v30n1.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.
- ANTÔNIO, Maria Ângela R. Góes Monteiro; MENDES, Roberto Teixeira. Saúde Escolar e Saúde do Escolar. In: BOCCALETTO, Estela Marina Alves; MENDES, Roberto Teixeira. **Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares do Município de Vinhedo/SP**. Campinas: Ipês Editorial, 2009. p. 7-14.
- AQUINO, JulioGroppa. A escrita como modo de vida: conexões e desdobramentos educacionais. **Educação e Pesquisa**, v. 37, n. 3, p.641-656, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1517-97022011000300013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/28320>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- AZEVEDO, Marina Scivoletto de. Construindo um trabalho integrado em meio a dificuldades e inconstâncias. In: MORAIS, Maria de Lima Salum; SOUZA, Beatriz de Paula. **Saúde e educação: muito prazer!**: Novos rumos no atendimento à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 181-197.
- BOARINI, Maria Lúcia. **Unidades básicas de saúde: uma extensão da escola pública?** 1993. 150 f. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, RoselâniaFrancisconi. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p.83-108, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. In: Conferência e debate organizados pelo grupo SciencesenQuestions – INRA, 1997, Paris. Texto revisto pelo autor colaboração de Patrick Champagne e EtienneLandais; tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Unesp, 2004. p. 1 – 86.
- BRAGA, Sabrina Gasparetti; MORAIS, Maria de Lima Salum e. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.35-51, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-65642007000400003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000400003>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1988). Artigos nº 196 a 200, de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Decreto nº 6286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Lei nº 12796, de 04 de abril de 2013. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12796.htm#art1>. Acesso em: 21 dez. 2015.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 mar. 2014.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 mar. 2014.

_____. Ministério da educação. **Programa Mais Educação: Passo a passo**. Brasília: MEC, 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8168-e-passo-a-passo-mais-educacao-18042011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. Ministério da saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde/organização Panamericana de Saúde, 2006a. 272 p. (Promoção da Saúde – nº 6). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3186.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. T). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (E – Legisl.). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 11 mar. 2015.

_____. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 13 abr. 2014.

_____. Resolução nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, DF:2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 21 mar. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde (Org.). **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

BUENO, Maria Teresa Blota; MORAIS, Maria de Lima Salum e; URBINATTI, Aurea Maria Ianni. Queixa escolar: proposta de um modelo de intervenção. In: MORAIS, Maria de Lima Salum e; SOUZA, Beatriz de Paula. **Saúde e educação: muito prazer!**: Novos rumos no atendimento à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 51-68.

CABRAL, Estela; SAWAYA, Sandra Maria. Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 2, p.143-155, jul./dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000200003&lng=en>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CAMPEZATTO, Paula von Mengden; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de P. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p.376-388, 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-79722007000300005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300005>. Acesso em: 26 jun. 2014.

CARVALHO, Elisabeth M. S. Egydio de et al. Ultrapassando os muros da UBS para entrar numa creche e numa escola (UBS Veleiros). In: MORAIS, Maria de Lima Salum; SOUZA, Beatriz de Paula (Org.). **Saúde e educação: muito prazer!**: Novos rumos no atendimento à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 163-179.

CAVALCANTE, Lorena de Almeida; AQUINO, Fabíola de Sousa Braz. Ações de psicólogos escolares de João Pessoa sobre queixas escolares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p.353-362, abr./jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-73722013000200016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-73722013000200016&pid=S1413-737220130002000>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **O cotidiano escolar patologizado**: espaço de preconceitos e praticas cristalizadas. 1994. 200 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação, Unicamp, Campinas, 1994.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde!**15. ed. São Paulo: Cortez/cedes, 1985. (Cadernos Cedes).

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 23 jun. 2014.

DONANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976. 124p.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. **A inserção do enfermeiro da saúde escolar**. São Paulo: Edusp, 1991.

FONSECA, Marília. O Banco Mundial como referência para a justiça social no terceiro mundo: evidências do caso brasileiro. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.37-69, jan. 1998. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-25551998000100004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551998000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 24 set. 2014.

FRELLER, Cintia Copit. Grupos de crianças com queixa escolar: um estudo de caso. In: MACHADO, Adriana Marcondes; SOUZA, Marilene Rebello Proença de. **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 123-137.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Virgínia. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.791-825, set/dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19301.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985. 119 p.

JUNQUEIRA, Virgínia. **Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)**. 2. ed. São Paulo: Instituto Pólis, 2002. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/850/850.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LAROCCA, Liliana Müller; MARQUES, Vera Regina Beltrão. Higiene e infância no Paraná: a missão de formar hábitos saudáveis (1931-1949). **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.309-316, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200012>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LEÃO, Adriana et al. Terapia Ocupacional e políticas públicas de saúde na cidade de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, UFSCar, v. 8, n. 1, p.48-56, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/249/202>>. Acesso em: 13 set. 2015.

LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA, Ricardo Franco de et al. Dificuldades de aprendizagem: queixas escolares e diagnósticos em um Serviço de Neurologia Infantil. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.185-190, out./dez. 2006. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN_14_04/Pagesfrom_RN_14_04-3.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.

LOPES, Luis Fernando. **Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica**. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-12072013-113747/publico/lopes_me.pdf>. Acesso em: 11 set. 2015.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis**, volume 1(1), p 77-96. Rio de Janeiro:1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 21/12/2015.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Reinventando a avaliação psicológica**. 1996. 240 f. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-26112013-110134>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

_____. Avaliação Psicológica na Educação: Mudanças Necessárias. In: TAMANACHI, Elenita; SOUZA, Marilene Proença Rebello de; ROCHA, Marisa Lopes da. **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. Cap. 5. p. 143-167.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MALAQUIAS, Livia Maria Andrade; SEKKEL, Marie Claire. Estratégias de Enfrentamento dos Problemas de Escolarização: Revisão de Literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p.271-283, dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n2/v22n2a02.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

MARÇAL, Viviane Prado Buiatti; SILVA, Silvia Maria Cintra da. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educação. (impr.)**, v. 10, n. 1, p.121-131, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-85572006000100011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100011>. Acesso em: 15 jun. 2014.

MELLO, Guilherme Arantes. Pensamento clássico da saúde pública paulista na era dos centros de saúde e educação sanitária. **Revista de Saúde Pública**, (Impresso), v. 46, p. 747-750, 2012a.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centro de Saúde: ciência e ideologia reordenando a saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1131-1149. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n4/07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p.204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

MERG, Milene Maria Gonzalez. **Características da clientela infantil de clínicas-escola**. 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia Clínica, PUC-RS, Porto Alegre, 2008. Disponível em:

<<http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/4972/1/000411813-Texto+Completo-0.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAIS, Maria de Lima Salum; SOUZA, Beatriz de Paula. **Saúde e educação: muito prazer!**: Novos rumos no atendimento à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins. Dificuldades escolares. In: SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins et al. **Pediatria em consultório**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1996. p. 515-522.

NICHIATA, Lucia Yasukolcumi et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 5, p.923-928, set./out. 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 jan. 2016.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1996.

_____. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. In: PATTO, Maria Helena Souza (Org.). **Introdução à psicologia escolar**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 281-296.

_____. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. **Perspectivas**, São Paulo, v. 16, n., p.119-141, 1993.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A educação sanitária como profissão feminina. **CadernosPagu**, Campinas, v. 24, p.69-104, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a05.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta; GONDRA, José Gonçalves. A escola e a produção de sujeitos higienizados. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p.493-512, jan. 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/10449>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

ROCKWELL, Elsie; EZPELETA, Justa. A Escola: relato de um processo inacabado de construção. **Currículo Sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.131-147, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol7iss2articles/rockwell-ezpeleta.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

ROSEN, Georges. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SÃO PAULO. Portaria nº 6566, 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. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, Secretaria Municipal de Educação: 2014a. Disponível em:

<http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=251120>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Decreto nº 54769, de 17 de janeiro de 2014. Regulamenta a Lei nº 15.719, de 24 de abril de 2013, que dispõe sobre a implantação de assistência psicopedagógica em toda a Rede Municipal de Ensino, com o objetivo de diagnosticar, intervir e prevenir problemas de aprendizagem tendo como enfoque o educando e as instituições de Educação Infantil e Ensino Fundamental. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulos: 2014b. Disponível em:

<http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=18012014D547690000>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Decreto nº 55309, de 17 de julho de 2014. Regulamenta a Lei 15.960, de 8 de janeiro de 2014, que institui o Serviço de Assistência Psicológica ao Estudante na rede municipal de ensino. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP: 2014c. Disponível em:

<<http://www.imprensaoficial.com.br/PortallO/Certificacao/GatewayCertificaPDF.aspx?notarizacaoID=648c37ad-8d62-4ec5-b5d6-1faa4e071d80>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Diário Oficial do Município de São Paulo. **Programa Aprendendo com Saúde leva atendimento médico às escolas de SP**. 10/03/2012. Ano 57 – nº 47. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/pg_0001_Eleicoes_10-3-2012_1332172677.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

_____. **Diretrizes Operacionais para Unidades Básicas de Saúde** – fortalecendo a Atenção Básica no município de São Paulo. São Paulo: 2016. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Documentosdiretrizes.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (São Paulo). **Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem – NAAPA**. São Paulo: 2015a. Disponível em: <<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Main/Page/PortalSMESP/NAAPA>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Educação Especial**. São Paulo: 2015b. Disponível em:

<<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Main/Page/PortalSMESP/Politica-Municipal-de-Ed-Especial-na-Perspectiva-da-Ed-Inclusiva>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. Portal da Prefeitura do Município de São Paulo. **Informe sobre o Programa Aprendendo com Saúde**. (a página não está mais disponível). São Paulo, SP: 2015c. Disponível em:

<<http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Anonimo/ProgramasProjetos/saudenasascolas.aspx?MenuID=168&MenuIDAberto=58>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo. **Supervisões Técnicas de Saúde**. Disponível em:

<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>>. Acesso em: 16 set. 2015.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. 32. ed. Campinas: Autores Associados, 1999. (Coleção Polêmicas do nosso tempo).

SAWAYA, Sandra Maria. **A leitura e a escrita como práticas culturais e o fracasso escolar das crianças de classes populares: uma contribuição crítica**. 1999. 191 f. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 58, p.133-146, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n58/13.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento e apoio psicológico ao adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p.73-82, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a09>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SILVA, Carlos dos Santos. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. São Paulo: SBP, 1997. p. 14-20.

SILVA, Rosalina Carvalho da. O fracasso escolar: a quem atribuir? **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 7, p.33-41, ago. 1994. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-863x1994000200004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1994000200004>. Acesso em: 15 jun. 2014.

SOUZA, Denise Trento Rebello de. A formação contínua de professores como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade do ensino: uma reflexão crítica. In: OLIVEIRA, Marta Kohl; REGO, Teresa Cristina; SOUZA, Denise Trento Rebello de (Org.). **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002. p. 249-268.

SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. Deverão os serviços de proteção e higiene da criança ser entregues aos Estados, ou ficar subordinados à administração federal? **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p.95-107, 1934.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Formação do psicólogo para atendimento a problemas de aprendizagem: desafios e perspectivas. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 9, p.134-154, 2000. Estilos da Clínica, 5(9), 134-154. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBiUSP. DOI: 10.11606/issn.1981-

1624.v. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v5n9/_11.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. Políticas Públicas em Educação: problemas e possibilidades. In: VIÉGAS, Lygia de Sousa; ANGELUCCI, Carla Bianca. **Políticas públicas e educação: Uma análise crítica a partir da Psicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 229-243.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins. A experiência do município de São Paulo na atenção à saúde do escolar no período de 1989 a 1992. In: CONCEIÇÃO, José Augusto Nigro. **Saúde Escolar: a criança, a vida e a escola**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 233-242.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins; FRANK, Thiago. Hiperatividade e déficit de atenção. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 1924-1934. Volume 2.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.585-597, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/MS/Abrasco, 2003. p. 89-111.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. 2004. 154 f. Tese (Doutorado) – Curso de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212 p.

ZANIANI, Ednéia José Martins; BOARINI, Maria Lúcia. **Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social**. *Psicologia & Sociedade*, Maringá, v. 23, n. 2, p. 272-281, 2011.

ZIBETTI, Marli Lúcia Tonatto; SOUZA, Flora Lima Farias de; QUEIRÓZ, Kelly Jessie Marques. Quando a escola recorre à psicologia: mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa na alfabetização. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Uerj, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.490-506, set./dez. 2010.

Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.