

ADRIANA E. V. FERNANDES BARBOSA

TRAJETÓRIA DE ALUNOS DA REDE REGULAR ENCAMINHADOS  
PARA O SERVIÇO DE SAÚDE

UNICAMP

2009

ADRIANA E. V. FERNANDES BARBOSA

TRAJETÓRIA DE ALUNOS DA REDE REGULAR ENCAMINHADOS PARA O  
SERVIÇO DE SAÚDE.

Dissertação de Mestrado Profissional,  
apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para obtenção do título de Mestre em  
"Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação" da  
Faculdade de Ciências Médicas

Orientadora: Prof. Dra. Zilda Maria G. Oliveira da Paz

UNICAMP

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B234t Barbosa, Adriana Elizabeth Vilella Fernandes  
Trajetória de alunos da rede regular encaminhados para o serviço  
de saúde / Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa. Campinas,  
SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Zilda Maria Gesueli Oliveira da Paz  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dificuldade de aprendizagem. 2. Fracasso escolar. 3.  
Diagnóstico. I. Paz, Zilda Maria Gesueli Oliveira da. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

**Título em inglês :** The students trajectory of the regular system sent out  
for health service

**Keywords:** • Learning difficulties  
• School failure  
• Diagnose

**Titulação:** Mestre em Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação  
**Área de concentração:** Interdisciplinariedade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Profª. Drª. Zilda Maria Gesueli Oliveira da Paz  
Profª. Drª. Maria Elizabeth Rodrigues Freire Gasparetto  
Profª. Drª. Kátia Regina Moreno Caiado

**Data da defesa:** 26-06-2010

---

## Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

---

Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa

---

**Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Zilda Maria Gesueli Oliveira Da Paz**

---

<b>Membros:</b>	
Professor (a) Doutor (a) Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto	<i>m. Elisabete Gasparetto</i>
Professor (a) Doutor (a) Katia Regina Moreno Caiado	<i>KMCaiado</i>
Professor (a) Doutor (a) Zilda Maria Gesueli Oliveira Da Paz	<i>Zilda M. Gesueli Oliveira Da Paz</i>

Curso de pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 26/02/2010**

---

## DEDICATÓRIA

Ao autor e consumidor da minha fé: Jesus Cristo. *“porque nEle vivemos, e nos movemos e existimos”*.

## **AGRADECIMENTO**

Ao meu Deus, por ter concretizado mais um sonho. Faço público meu compromisso de que tudo o que vier a ser ou tudo que vier a ter, será sempre para Sua glória!

Ao meu querido esposo, que sempre acreditou em mim, compreendeu-me como ninguém. Não teria chegado até aqui sem sua ajuda, seu apoio e sua renúncia. Obrigada por me amar incondicionalmente!

Ao meu filho Leandro, apesar de tão pequeno, cooperou de uma maneira incrível, para que eu completasse mais uma etapa de minha vida, mais que isso, sua presença, seu carinho e sua constante dependência nunca me deixaram esquecer minha prioridade: a família!

Á minha mãe. Não tenho palavras para descrever o quanto lhe sou grata pelo amor, pela preocupação, pelas orações, pelas horas cuidando do Lê. Não teria completado esse sonho sem sua abnegação e renúncia ao longo de toda minha vida!

Ao meu pai (in memoriam), que trabalhou muito para ajudar seus filhos a conquistarem uma formação acadêmica.

Aos meus irmãos Andréa e Alessandro, por sempre estarem presentes e preocupados comigo!

À minha amiga e irmã, Pollyana. Também não teria chegado até aqui sem seu apoio, sua disposição em me ajudar incondicionalmente, sempre, em todas as horas. Não tenho palavras para agradecer-lhe, só peço que Deus a recompense.

Á minha querida sobrinha Flávia, pelo incentivo e apoio e pelas palavras sábias nas horas em que mais precisava.

A toda minha família, sempre do meu lado apoiando-me!

Ao pastor Edmilson Vila Nova e sua esposa Ednalva, pelas palavras de incentivo e pela insistência para que eu voltasse a estudar.

Aos amigos da Igreja Batista Nova Vida, por se alegrarem e chorarem comigo a cada etapa conquistada.

À Professora Zilda Gesuelli, por me orientar tão pacientemente, acreditando sempre em mim!

À coordenação do curso, em especial à professora Adriana La Plane, pelo empenho e pela dedicação em nos oferecer um ensino de qualidade.

Às professoras Cecília Guarnieri Batista e Maria Elizabeth R. F. Gasparetto, que aceitaram tão gentilmente participar da banca de qualificação e que enriqueceram muito esse trabalho com suas considerações e sugestões.

Aos professores, tratando-nos sempre com tanta gentileza e dedicação.

Aos colegas do curso, em especial a Fabiana Prado e a Adriana Braga, pelo incentivo e pela troca de experiências que tanto nos beneficiaram.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu não desistisse!

Obrigada !

## RESUMO

Uma das maiores preocupações no contexto educacional em nosso país, hoje, diz respeito ao fracasso escolar. Para estabelecer uma proposta de intervenção eficaz nos problemas de aprendizagem, tem se recorrido à interlocução entre as áreas da educação e da saúde. O número elevado de alunos encaminhados ao serviço de saúde mental é um indicador de que a reflexão sobre a relação saúde/escola deve ser aprofundada. Pais, professores e profissionais da saúde têm cada um a sua maneira, buscado estratégias para que o sucesso escolar seja alcançado, as quais se dão com ações isoladas de intervenção e que não têm alterado significativamente o desempenho escolar desses alunos. O objetivo da pesquisa foi estudar a trajetória de cinco alunos da rede municipal da região metropolitana de Campinas, encaminhados a atendimento na área da saúde, com queixas de dificuldade de aprendizagem, buscando analisar a interlocução saúde/escola e a dinâmica interdisciplinar que permeia esses casos. A abordagem metodológica escolhida foi o estudo de caso. A coleta de dados resultou da análise de prontuários e entrevistas semiestruturadas com professores e profissionais da saúde. A interpretação dos dados nos faz concluir que a relação saúde/escola não está de todo estabelecida e o estudo dos cinco casos apresentados neste trabalho indica que ambas as áreas (saúde e educação) percebem a necessidade de maior integração entre elas, mas se acomodam ao modelo gerencial existente, o qual não propicia um trabalho mais sistemático e interdisciplinar.

**Palavras-chave:** dificuldade de aprendizagem, fracasso escolar, diagnóstico.

## **ABSTRACT**

One of the greatest concerns of the educational context in our country today regards to school failure. In order to establish an efficient intervention proposal about learning problems, both education and health fields have been connected together. The great number of students sent to mental health service is an indicator that the study over the health/school relationship needs to be deepened. Parents, teachers and health professionals have, in their own way, sought strategies to school success achievement, through isolated intervention actions that have not significantly helped increase these students' performance. The purpose of this survey was to study the course of five students from public school from the metropolitan area of Campinas, sent for health service for learning difficulties, seeking to analyze the interconnection between health and school and the interdisciplinary dynamic surrounding these cases. The methodological approach chosen was the case study. The data collection resulted from the analysis of semi-structured records and interviews with teachers and health professionals. It can be concluded that the relation between health and school is not at all established and the investigation of the five cases described in this work indicates that both educational and health care fields are aware of their need of a better integration of the two fields. However, both of them are settled in the current model of management, which does not allow a more systematic and interdisciplinary work.

**Key-words:** learning difficulties, school failure, diagnose.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>xiii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>xv</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1 - Educação e saúde.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1.1 - Educação.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1.2 - Educação especial.....</b>	<b>26</b>
<b>1.1.3 - Saúde.....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.4 - Saúde escolar.....</b>	<b>30</b>
<b>1.2 - Dificuldades de aprendizagem.....</b>	<b>33</b>
<b>1.2.1 - Aspectos teóricos sobre desenvolvimento/aprendizagem.....</b>	<b>33</b>
<b>1.2.2 - Fracasso escolar.....</b>	<b>36</b>
<b>1.2.3 - Patologização do fracasso escolar.....</b>	<b>39</b>
<b>1.3 - ESCOLA PÚBLICA E SUA INTERAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE... 43</b>	
<b>2 - OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>
<b>2.1 - Objetivos geral.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2 - Objetivos específicos.....</b>	<b>47</b>
<b>3 - METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 - Campo de pesquisa: estrutura e funcionamento do serviço.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2 - COLETA DE DADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>3.2.1 - Sujeitos.....</b>	<b>53</b>

<b>3.2.2 - Levantamento dos dados do prontuário .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.2.1 - Caso 1 .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.2.2 - Caso 2 .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2.2.3 - Caso 3 .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2.2.4 - Caso 4 .....</b>	<b>62</b>
<b>3.2.2.5 - Caso 5 .....</b>	<b>65</b>
<b>4 - Interpretação dos dados.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1 - Aspectos relevantes da trajetória dos alunos .....</b>	<b>68</b>
<b>4.1.1 - Queixas escolares.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1.2 - Condutas da equipe escolar .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1.3 - Tempo de espera pelo atendimento na saúde.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1.4 - Questões sociais no contexto dos alunos.....</b>	<b>79</b>
<b>4.1.5 - Busca por um diagnóstico .....</b>	<b>82</b>
<b>4.2 - Relação saúde/escola .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2.1 - Encaminhamentos .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2.1.1 - Percepção dos professores sobre os encaminhamentos .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2.1.2 - Percepção dos profissionais da saúde sobre os encaminhamentos.....</b>	<b>89</b>
<b>4.2.2 - Relatórios escolares .....</b>	<b>93</b>
<b>4.2.3 - Percepção dos profissionais sobre os sujeitos e suas famílias.....</b>	<b>94</b>
<b>4.2.4 - Percepção dos profissionais sobre a relação saúde/escola.....</b>	<b>96</b>
<b>4.2.4.1 - Percepção dos profissionais da saúde sobre a relação saúde/escola .....</b>	<b>98</b>

<b>4.2.4.2 - Percepção dos professores sobre a relação saúde/escola.....</b>	<b>101</b>
<b>5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>103</b>
<b>6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>112</b>
<b>7 - Anexos .....</b>	<b>118</b>
<b>7.1 - Anexo I.....</b>	<b>118</b>
<b>7.2 - Anexo II .....</b>	<b>121</b>
<b>7.3 - Anexo III .....</b>	<b>123</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

Durante anos atuando na área da educação (Ensino Fundamental), muitas experiências angustiantes e sensação de impotência foram vivenciadas.

Dentre essas, as mais tristes eram os casos de crianças que “não conseguiam aprender”. Nessas situações, toda a ferramenta que se dispunha na época (atendimento individualizado, reforço, atividade diversificada e paralela, orientação com coordenador, leitura, etc.) era utilizada, e, quando os recursos se esgotavam, a primeira e, em alguns casos, a única saída era o encaminhamento para os serviços de saúde.

Essas experiências, somadas à atuação em um ambulatório de saúde mental, na área da assistência social, deram impulso a um maior aprofundamento das relações saúde/escola.

Por atuar na área de ensino, era de se esperar uma resposta pronta, vinda do serviço de saúde, com receitas sobre o que e como fazer com o aluno encaminhado. Na saúde mental, presenciavam-se professores desesperados enviando classes inteiras para o serviço. Apesar da necessidade aparente de um trabalho em conjunto, cada área trabalhava de maneira isolada, esperando uma da outra a resolução do problema.

Essa problemática conduziu a uma reflexão nas implicações do encaminhamento para a saúde e na expectativa do profissional da educação em relação a este, principalmente quando as queixas se referiam ao aprendizado do aluno.

Este trabalho busca refletir a problemática do fracasso escolar, mais especificamente as chamadas “dificuldades de aprendizagem”, identificadas no espaço educacional e sua interface com a saúde no enfrentamento desse problema.

Para isso, o presente estudo destaca temas que permitem uma compreensão melhor das relações entre saúde e escola

Os conceitos de educação, educação especial, saúde e saúde escolar serão desenvolvidos, visto que constituem o pano de fundo para a compreensão dos temas relacionados aos objetivos da pesquisa.

Aspectos do desenvolvimento humano também serão relevantes para se pensar a questão da concepção de sujeito e de linguagem no que se referem ao fracasso escolar, mais especificamente às variáveis como: dificuldade de aprendizagem (DA) e sua medicalização.

Também se fez necessário apresentar um pequeno panorama da atual escola pública, em especial dos docentes e dessa relação saúde/escola. Os pressupostos apresentados estão pautados na realidade da escola pública.

Mediante o estudo de cinco casos de alunos selecionados com queixa de dificuldades de aprendizagem, pretende-se identificar como se dá a relação saúde/escola em um município da região metropolitana de Campinas, levando em conta aspectos como o encaminhamento feito pela escola à área de saúde e também a visão que os profissionais apresentam dos alunos estudados.

## **1.1 - Educação e saúde**

### **1.1.1 - Educação**

Ao abordar a relação saúde e educação, é importante ressaltar o que se preconiza nessas duas áreas para um melhor entendimento da interface que ocorre entre elas.

A educação aqui apresentada é a formal, aquela necessária para a inclusão e para a sobrevivência do indivíduo numa sociedade capitalista, em que ler, escrever e calcular são determinantes para garantir os meios pelos quais se

alcança capital para aquisição de consumos que garantam a sobrevivência. A instituição responsável em oferecer essa educação formal, segundo Saviani (1), é a escola. O autor aponta que, no Brasil, após a revolução de 1930, a educação começou, de fato, a ser objeto de estudo e de políticas que a caracterizavam como uma questão a ser enfrentada pelo Estado. O que antes era uma preocupação das instituições religiosas, agora começa a ser concebida como uma questão pública, necessitada de uma ação do Estado.

Na introdução dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) (2), quatro grandes tendências pedagógicas na história da educação brasileira podem ser identificadas: a tradicional, a renovada, a tecnicista e a marcada pelas preocupações sociais e políticas.

Hoje a orientação dada pelos (PCNs) é que se conceba o aluno como construtor do seu conhecimento, ao mesmo tempo em que reconhece a importância da intervenção do professor na aprendizagem dos conteúdos, para o desenvolvimento das habilidades que o auxiliem na construção de sua plena cidadania. Portanto, percebe-se o conhecimento como complexo e provisório, em que o aluno seja sujeito de sua própria formação (2).

Essa visão foi fruto de ampla discussão entre educadores, políticos e sociedade civil, que culminou com a Constituição de 1988 (3) e a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (4). Na constituição de 1988 (3), no artigo sexto, a educação passa a ser concebida como um dos primeiros direitos sociais. No artigo 205 do mesmo documento, a educação é concebida como um direito de todos e dever do Estado, visando ao exercício da cidadania e à qualificação para o trabalho.

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (4), no artigo 32, promulga que o ensino básico tem como objetivo maior propiciar a cidadania por meio de:

I - o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo;

II - a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade;

III - o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores;

IV - o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social.

Esses objetivos apontam para a necessidade de entendimento da educação como um direito e da importância de sua articulação com outras áreas políticas para se chegar à cidadania.

### **1.1.2 - Educação especial**

Segundo o documento da Política Nacional de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva (5), a história da educação especial, no Brasil, passou por várias concepções e se estruturou, ao longo do tempo, com atendimento especializado, substitutivo ao ensino comum, conduzindo à criação de instituições especiais, escolas especiais e classes especiais, fundamentadas no conceito de normalidade / anormalidade com forma de atendimento clínico-terapêutico.

A Constituição de 1988 (3), também chamada de constituição cidadã, foi um marco na elaboração de novas concepções acerca da educação especial, visto que abriu um leque para discussão sobre a universalização do acesso de todos à escola. Ela define, no artigo 205, educação como um direito de todos e, no artigo 206 (Inciso III), aponta a igualdade de condições de acesso e de permanência na escola e no artigo 208 o atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino (Art. 208).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (6), no artigo 55, reforça que pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos na rede regular de ensino.

Outros documentos como a Declaração Mundial de Educação para Todos (7) e a Declaração de Salamanca (8) também contribuíram para novas concepções de educação especial numa perspectiva inclusiva e na elaboração de políticas nessa vertente.

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96 (4), no artigo 59, rege que os sistemas de ensino devem assegurar:

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns

V - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

Assim a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva inclusiva (5) defende a idéia de que os alunos que apresentam deficiência devem ser atendidos preferencialmente na rede regular de ensino.

### 1.1.3 - Saúde

Segundo o Dicionário Aurélio (9) da Língua Portuguesa, saúde é o estado do que é sadio ou são, estado habitual de equilíbrio do organismo.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença". Essa definição, segundo Segre e Ferraz (10), tem sido alvo de muitas críticas por haver uma distância entre a teoria e a possibilidade real de se alcançar um estado completo de bem-estar.

A carta de Ottawa (11) aponta o conceito de promoção de saúde como fator desencadeador para esse estado de completo bem-estar. Nessa percepção, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como a capacidade física, além de não ser uma responsabilidade exclusiva do setor de saúde.

A Constituição Federal (3) traz um novo conceito de saúde, agora não mais como uma benevolência do poder público, mas como um direito de todos e dever do estado, com acesso universal, igualitário às ações e ao serviço para sua promoção, para proteção e para recuperação (artigos 196 e 198).

Caprara e Franco (12) colocam que na história da saúde ocidental, o modelo médico que mais influenciou foi o cartesiano, resultante do modelo biomédico, em que o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada por meio de suas partes e a doença vista como um mau funcionamento, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Montarroyos (13) menciona duas vertentes dentro desse modelo, o humanista e o tecnologista. O primeiro defende a observação demorada no atendimento, a sensibilidade do médico e a personalização desse atendimento, já o segundo prioriza a objetividade e o experimento tecnológico, impessoal, por intermédio de instrumentos laboratoriais.

No modelo biomédico, o diagnóstico e o tratamento são estabelecidos por meio de um resultado concreto, baseado nos sintomas clínicos e no resultado de exames. Barros (14) cita alguns limites nesse modelo como:

... impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. (p.79)

O mesmo autor ainda observa a prescrição da medicação como um fim em si mesmo na busca pelo tratamento. A cada nova fórmula lançada no mercado, novas esperanças surgem para a cura, existindo uma hipervalorização da função dos fármacos, denominada pelo autor como a "cultura da pílula", em detrimento de uma ação direta nas mudanças sociais e nas comportamentais, como também na ação do próprio Estado, que precisa investir mais em medicamentos e menos em obras públicas, o qual promova a saúde como saneamento, educação, oportunidades de emprego.

Novos conceitos de promoção de saúde começam a ocupar agenda no espaço nacional e também no internacional, como os documentos já citados (carta de Ottawa, Constituição de 88, Declaração de Salamanca e outros...), introduzindo um novo repensar da relação saúde/doença.

O conceito de saúde definido pela VIII Conferência Nacional de Saúde (15) propõe uma visão menos mecanicista e mais biopsicossocial, à medida que define saúde como resultado de ações sobre as formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Apesar dos grandes avanços na área da saúde no Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda há um grande abismo entre a concepção que vem sendo construída acerca da saúde e da sua prática. A despeito de se entender que saúde também é resultado dos fatores sociais, o Estado ainda continua investindo mais em ações imediatistas que repensar uma mudança no quadro social do país.

#### 1.1.4 - Saúde escolar

Lima (16) faz uma revisão histórica da saúde escolar no Brasil, em que afirma que as interferências da saúde na escola, no final do século XIX, foram iniciadas com a vigilância epidemiológica.

Para Soares (17), a saúde na escola teve seu início com o processo de higiene escolar, no começo do século XX, valendo-se do movimento higienista, que tinha como base a preocupação com o bem-estar da população, coletiva e individual, com propostas de defesa da saúde e do ensino de novos hábitos higiênicos.

Ainda segundo Lima (16), a sociedade acreditava que, com novos hábitos de higiene, poderia se reduzir a pobreza, “possibilitaria uma maior aptidão para o trabalho e para as obrigações impostas pela cidadania.” (p. 86).

A higiene escolar foi uma das primeiras medidas no campo da saúde na escola, datada do início do século XX, no Brasil e estava embasada em três alicerces: polícia médica, sanitarismo e puericultura (16).

Para Lima (16), a higiene escolar:

(...) prescreveu uma escola adaptada ao aluno. Da altura dos degraus e ângulos das curvas das escadas à altura e espaçamento das carteiras, à redução das horas de trabalho em classe e à redução da extensão dos currículos. Prescreveu-se a frequente interposição de recreios e o uso de uma ginástica recreativa e restauradora. (p. 102).

Esses aspectos respondiam à carência da sociedade de se adquirir mão de obra especializada e boas condições de saúde.

Por meio da educação, a sociedade seria “higienizada” e teria condições de saúde desejáveis para responder aos objetivos do capitalismo.

Dentro do percurso da saúde escolar, é importante citar o movimento da "Escola Nova", iniciado no Brasil, nos anos 20, que defendia um jeito novo de se trabalhar a educação.

O movimento da Escola Nova implicava uma transformação completa no campo da escola, no papel do educador, nos métodos e nas técnicas de ensinar e de aprender e na natureza dos programas. A atenção à higiene e às instalações físicas ainda era importante, mas não a ponto de se considerar como os únicos fatores relevantes no aprendizado do aluno. (16)

Falar desse movimento é importante, pois, de acordo com Lima (16), contribuiu para psicologizar o campo educacional, uma vez que o foco era centrado na criança. Dessa forma, a educação se tornava higiênica de acordo com a necessidade e a capacidade da criança.

A partir da década de 60, a saúde escolar começou a apresentar uma nova vertente: a construção do atendimento medicopsicopedagógico, que se desdobrou, mais tarde, no atendimento médicosociopedagógico.

Essa nova característica da saúde escolar, de identificar as dificuldades de aprendizagem encontradas no aluno, refletia o processo que Collares e Moyses (18) denominam de biologização da sociedade, em que o destino e a situação dos indivíduos teriam as causas alojadas nas suas próprias características e que as circunstâncias sociais teriam mínima influência. No campo educacional, essa ideologia também foi aplicada à medida que se acreditava em que os problemas de aprendizagem se localizavam no indivíduo.

Nesse contexto, a saúde escolar começou a contar com a inserção e a colaboração de técnicos para intervenção nos casos de dificuldade de aprendizagem que começavam a ser considerados, também, como problemas de saúde pública.

Apesar da preocupação com as dificuldades de aprendizagem, os programas de saúde escolar do governo apresentam um direcionamento maior com a saúde do aluno no contexto físico, englobando aspectos como nutrição, higiene, saúde: bucal, ocular e auditiva e prevenção na área de doenças sexualmente transmissíveis e de dependência química.

Exemplo disso foi a criação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), com objetivo de promover a saúde do aluno do Ensino Fundamental da rede pública por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde (odontologia e oftalmologia). A justificativa do programa foi resultado da constatação de que os problemas de saúde interferem na aprendizagem. Tal programa já apresentou diversas formas de execução, mas, segundo o Ministério da Educação, sem alterar os objetivos e direcionados ao mesmo público.<sup>1</sup>

Esse programa foi extinto, dando lugar ao atual Programa Saúde na Escola (PSE), resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que têm o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas.<sup>2</sup>

Nesses programas, as dificuldades de aprendizagem estão inseridas como resultado das condições de saúde do aluno, mas não apresentam ações diretas para o enfrentamento próprio das DA.

Ainda não há um programa específico do Ministério da Saúde nem uma política pública voltada diretamente à questão de dificuldades de aprendizagem do escolar. Para esses casos, os serviços de saúde oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) são os responsáveis por atenderem essa demanda, por meio da gestão de cada município, que opta ou pela inserção de profissionais da saúde

---

1 Informações retiradas do site da Agencia educa Brasil.[ acesso em 15 junho 2009].Disponível em <http://www.educabrazil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=121>

2 Informações retiradas do site do ministério da saúde. [ acesso em 15 julho de 2009. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1)

dentro da escola ou por meio de serviços específicos fora do espaço escolar como centros e núcleos.

Na perspectiva de Silva (19), esses espaços têm contribuído para que a saúde escolar se estabeleça como um mercado de trabalho crescente, disputado por diferentes profissionais da área, o que sugere uma reflexão sobre a real necessidade de intervenção de profissionais da saúde nos casos identificados pela escola.

Morais et al (20) fazem uma distinção entre saúde do escolar e saúde escolar. No primeiro, o foco de ação se concentra no processo saúde/doença numa visão assistencialista, no segundo, o mesmo processo inclui os mecanismos da instituição na promoção da saúde ou na determinação da doença, sem perder de vista o ambiente social em que o aluno está inserido.

Collares e Moyses (21) afirmam que a saúde escolar é um programa estanque, desvinculado tanto da saúde como da educação.

Resgatar a história e as conceituações, marcadas ao longo do tempo, da inserção da saúde na área da educação, propicia um aprofundamento nas questões que emergem dessa relação como o caso do fracasso escolar.

## **1.2 - Dificuldades de aprendizagem**

### **1.2.1 - Aspectos teóricos sobre desenvolvimento/aprendizagem**

Para se entender melhor os problemas referentes ao fracasso escolar, em especial as dificuldades de aprendizagem, faz-se necessária uma breve discussão sobre a relação desenvolvimento/aprendizagem.

As principais bases conceituais do desenvolvimento humano ajudam a compreender as ações da escola e da saúde junto às crianças com dificuldades de aprendizagem.

Existe uma tendência por parte dos profissionais, tanto da educação como da saúde, em procurar uma causa para as dificuldades apresentadas, relacionando-as a fatores emocionais, situação familiar, falta de estímulo, entre outros.

Nem todos os alunos que apresentam situações socioculturais desfavoráveis têm dificuldade no aprendizado formal. Essa complexidade angustia pais e profissionais que, inseridos numa sociedade imediatista como a nossa, acabam ansiando por uma explicação, por uma causa e, às vezes, por um diagnóstico que justifique o fracasso escolar.

A concepção de como se dá o desenvolvimento humano pode clarear o entendimento de que, nem sempre, as dificuldades de aprendizagem estão vinculadas a uma causa orgânica ou social.

Vygotskyi (22) pressupõe que o processo de desenvolvimento não coincide com o da aprendizagem, mas o segue, criando a área de desenvolvimento potencial. Em sua obra *A formação social da mente* (23), ele afirma que "essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre a história individual e história social." (p.33)

Dentro dessa perspectiva, o aluno não é somente produto do meio, mas um indivíduo em constante processo de desenvolvimento mediante suas interações sociais.

A impotência em modificar fatores considerados responsáveis pelo fracasso escolar do aluno como desarranjo familiar, nível socioeconômico, desnutrição, entre outros, contribui para que educadores e profissionais da saúde encontrem dificuldades na elaboração de estratégias para intervenção, pois acabam refletindo em suas ações a concepção de que, para se chegar a algum resultado, esses fatores precisam ser alterados.

A teoria socio-histórica considera o papel do outro como primordial para que o aluno construa o conhecimento. O professor será mediador no aprendizado científico, independentemente da realidade social em que o sujeito esteja inserido.

Para Vygotsky (24), a relação do homem com o mundo não é direta, mas mediada, e as ocorrências de mediação emergem primeiramente através do outro e depois vão orientar-se ao próprio sujeito.

Assim, o desenvolvimento humano se dá inicialmente no plano intersubjetivo, (das relações sociais) e depois no plano intra-subjetivo, envolvendo o processo de internalização. (24).

Para Vygotsky (23), a aprendizagem tem um papel muito importante, pois esta precede o desenvolvimento. É a aprendizagem que determina o processo de desenvolvimento.

Vale ressaltar que o autor determina, pelo menos, dois níveis de desenvolvimento: o real e o potencial. O primeiro é determinado “pela solução independente de problemas” e o segundo “através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes”. A zona de desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial (23).

Vygotsky (23) afirma ainda que o estado mental de desenvolvimento de uma criança só pode ser avaliado se esses dois níveis de desenvolvimento forem considerados.

As afirmações desse autor contribuem para o processo de avaliação do aluno, não considerando somente o que ele pode fazer sozinho, mas o que é capaz de produzir com a ajuda do outro. A interação social, mediada pela linguagem, é fundamental para o desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento humano, estudado com mais profundidade pelos profissionais da educação, pode gerar uma nova concepção de interação social, como preconizam Marques e Oliveira (25).

Em síntese, sendo o homem ser social, constituindo-se como sujeito por intermédio da linguagem, a interação social entre os alunos é a chave para a construção do conhecimento. A heterogeneidade possibilita a troca e, conseqüentemente, se amplia a capacidade individual. A escola, assim, resgata o seu papel de ensinar, ou seja, o de atuar na zona de desenvolvimento proximal de todos os alunos, considerando o seu potencial de aprendizagem. O acesso ao saber deve ser garantido a todos. (p10)

No rastro de tais considerações, faz-se necessário rever a concepção de dificuldades de aprendizagem, a qual está associada ao fracasso escolar.

### **1.2.2 - Fracasso escolar**

Com o processo do movimento higienista, era comum pensar que as dificuldades do aluno estavam relacionadas diretamente às condições de saúde e que, com a melhoria das condições dos espaços urbanos, em especial, os espaços da escola e uma educação voltada para a saúde, os alunos apresentariam melhoras significativas no seu processo de ensino/aprendizagem. Percebeu-se então que, mesmo com o investimento em ações de saúde, na prevenção e no tratamento, alguns fatores persistiam como a repetência e a evasão, caracterizando o fenômeno do fracasso escolar.

A partir da década de sessenta, esse fenômeno começou a ter destaque nos estudos, tanto na área médica como na educacional.

O fracasso escolar está relacionado ao desempenho do aluno na escola, mensurado pelo resultado das avaliações, pela repetência e pela evasão escolar. Collares e Moyses (26) conceituam fracasso escolar como "resultado final da interação de grande número de variáveis que determinam o aproveitamento escolar" (p.8).

Para Collares (27), o fracasso escolar pode ser atribuído a condições extraescolares e aos fatores intraescolares relacionados às práticas pedagógicas, aos currículos, às avaliações, ao desempenho do professor. Para a autora, é “nas tramas do fazer e do viver o pedagógico quotidianamente nas escolas, que se pode perceber as reais razões do fracasso escolar das crianças advindas de meios sócio-culturais mais pobres” (p. 2).

Inúmeras medidas foram adotadas ao longo da história, para estancar esse mal do fracasso escolar como novos currículos, novas leis, merenda escolar de qualidade, classes especiais, entre outras.

Para Spazziani (28), essas medidas não têm surtido efeito porque o fracasso escolar tem sido visto como um problema centrado no aluno e não interferem nas causas principais, apesar de contribuírem para algumas alterações no contexto.

Patto (29) aponta o fracasso escolar como fruto de uma sociedade que vive alicerçada numa ideologia de consumismo com vistas ao lucro, propiciando a riqueza de poucos em detrimento da pobreza de muitos e, portanto, resultado de um sistema educacional que reproduz essa ideologia. O fracasso escolar deve ser encarado como uma questão de intervenção em nível de políticas públicas e não como um problema centralizado no aluno.

Patto (29), por meio de seu trabalho concluiu que :

1. As explicações do fracasso escolar baseadas nas teorias do déficit e da diferença cultural precisam ser vistas a partir do conhecimento dos mecanismos escolares produtores de dificuldades de aprendizagem.
2. O fracasso da escola pública elementar é o resultado inevitável de um sistema educacional gerador de obstáculos a realização de seus objetivos.
3. O fracasso da escola elementar é administrado por um discurso científico que estudado em sua competência, naturaliza esse fracasso aos olhos de todos os envolvidos no processo.

4. A convivência de mecanismos de neutralização dos conflitos com manifestações de insatisfação e rebeldia faz da escola um lugar propício à passagem ao compromisso humano genérico (p.340-49).

Apesar de as conclusões de Patto serem amplamente difundidas, elas se deparam com a dificuldade de se estabelecerem políticas públicas efetivas, as quais permitam aos profissionais construírem um caminho para o enfrentamento do fracasso escolar.

Os dados de pesquisas educacionais que apontaram o grande índice de repetência e de evasão tornaram o fracasso escolar objeto de estudo e mobilizaram as políticas educacionais para enfrentá-lo. Isso, segundo Silva (30), acabou institucionalizando o fracasso escolar como um problema social e uma parte significativa dos alunos estigmatizada como fracassados que não aprendem:

(...) embora ele [o fracasso escolar] tenha sido reconhecido, legitimado e institucionalizado como um problema social, com investimento direcionado pelas políticas públicas, ele é, na prática, tratado como um problema individual. (p.72)

A distância entre a teoria das causas do fracasso escolar e a prática do professor em sala de aula ainda é muito grande, daí a necessidade de um repensar nas políticas públicas, na formação do professor e nas questões sociais.

Entender e visualizar o contexto social em que o fracasso escolar está localizado não é o suficiente para motivar o educador e a sociedade a buscarem estratégias coletivas para o enfrentamento desse fracasso.

Professores e sociedade acabam lutando individualmente, encontrando-se, na maioria das vezes, com as mãos atadas frente a tantos obstáculos, chegando a denominar de utopia qualquer intenção de mudança estrutural desse quadro.

### 1.2.3 - Patologização do fracasso escolar

Dificuldade de aprendizagem é uma das grandes vertentes do fracasso escolar. Inúmeras causas são atribuídas às dificuldades das crianças em aprender, como desnutrição, desestrutura familiar, pobreza, etc.

Muitas nomenclaturas são utilizadas para caracterizar os problemas de aprendizagem, como distúrbio, déficit, transtorno entre outros. Neste estudo, optou-se por utilizar o termo "Dificuldades de Aprendizagem" (DA) por se entender que esse conceito está relacionado não apenas ao problema orgânico do aluno, mas ao seu entorno sociocultural.

A definição mais aceitável e utilizada pelos profissionais é a do Comitê Nacional para as Dificuldades de Aprendizagem dos Estados Unidos (National Joint Committee for Learning Disabilities – NJCLD, 1988), citada por Fonseca (31):

Dificuldades de aprendizagem (DA) é um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e utilização da compreensão auditiva, da fala, da leitura, da escrita e do raciocínio matemático. Tais desordens, consideradas intrínsecas ao indivíduo, presumindo-se que sejam devidas a uma disfunção do sistema nervoso central, podem ocorrer durante toda a vida. Problemas de autoregulação do comportamento, na percepção social e na interação social podem existir com as DA. Apesar das DA ocorrerem com outras deficiências (Por exemplo, deficiência sensorial, deficiência mental, distúrbios sócio-emocionais) ou com influências extrínsecas (Por exemplo, diferenças culturais, insuficiente ou inapropriada instrução, etc.), elas não são o resultado dessas condições (p.71).

Dificuldade de aprendizagem é um conceito que tem dado margem a inúmeras definições. Segundo Fonseca (31):

... sem uma definição científica e comprovada do problema, os seus limites não se estabelecem, a imprecisão do diagnóstico se alastra, a ausência das prescrições multiplica-se e as incongruências prático-teóricas e terapêutico-reeducativas jamais se extinguirão (p.121).

Para entender melhor a questão das DA, é importante situá-las no contexto histórico.

Logo que se começou a pesquisar as causas das DAs, acreditava-se que elas seriam de cunho orgânico, passível de comprovação. Collares e Moyses (18) relatam em seu clássico trabalho: "A história não contada dos distúrbios de aprendizagem", a evolução histórica do termo 'distúrbio' para dificuldade.

Segundo as autoras, um dos primeiros trabalhos escritos sobre distúrbios de aprendizagem como um defeito cerebral genético data do final do século XIX, mas sem nenhuma comprovação. No início do século XX, Strauss (neurologista americano) lança a hipótese de que o distúrbio seria consequência de uma lesão cerebral mínima, sem também nenhuma comprovação empírica.

Em 1957, o conceito de lesão cerebral mínima é estruturado na medicina e em 1962, como resultado do Simpósio Internacional de Oxford, os grupos de pesquisa sobre "lesão cerebral" reconhecem não haver nenhuma lesão e o conceito de disfunção cerebral mínima (DCM) é aceito e teria, como alguns sintomas, o déficit de concentração, hiperatividade, distúrbios de linguagem entre outros. (18)

Em 1980, a Academia Americana de Psiquiatria, após considerar imprecisos os conceitos de DCM, unificou-os para uma nova síndrome, a de Distúrbios por Déficit de Atenção (ADM). Mais tarde, esse distúrbio passa ser conceituado de forma mais ampla, denominado "Dificuldades de aprendizagem".

As teorias a respeito das dificuldades de aprendizagem se desenvolvem num contexto cuja tendência é explicar as questões sociais com base na medicina, ou seja, se alguma coisa não vai bem, a origem está no indivíduo e não no contexto sociopolítico em que ele se encontra (18).

Collares e Moyses (32) apontam que, assim como todas as áreas sociais, a educação também foi medicalizada rapidamente, principalmente quando o objeto de estudo é o fracasso escolar.

Como essa medicalização foi exercida nas últimas décadas, não só por médicos, mas por vários profissionais da saúde, as autoras denominam essa medicalização de patologização do fracasso escolar.

Segundo Patto (29), as explicações sobre as dificuldades de aprendizagem se articularam sob duas vertentes: das ciências biológicas e da visão organicista das aptidões humanas. A autora coloca que a ambiguidade dessas duas linhas foi a tônica do discurso sobre os problemas de aprendizagem e da política educacional dos países capitalistas do século XX.

Conceber que uma criança com dificuldade para aprender seria anormal, em termos orgânicos é uma resposta que satisfaz à sociedade e aos profissionais, pois todos procuram um culpado, algo palpável que possa ser a causa do não aprendido.

Stenberg e Grigorenko (33) trazem o conceito das dificuldades de aprendizagem sob a perspectiva de que elas são determinadas pela sociedade, de acordo com as necessidades específicas daquele contexto.

Todos apresentam dificuldade de aprendizagem em algum aspecto e apenas alguns indivíduos serão rotulados como portadores de dificuldades de aprendizagem, pois estas são determinadas pelo interesse do contexto social em que esses indivíduos estão situados. Esses autores identificam as áreas de dificuldade de aprendizagem definidas pela sociedade americana e também consideradas pela nossa como: audição, fala, leitura, compreensão de leitura, escrita, cálculo aritmético, raciocínio matemático. No artigo 32 da LDB (4), o desenvolvimento dessas áreas é o objetivo da educação básica do Brasil.

A introdução de conceitos como da abordagem psiconeurológica de desenvolvimento humano (34)<sup>3</sup>, na década de 60, contribuiu para acentuar a medicalização do fracasso escolar.

Segundo Fonseca (31), os profissionais e autores da educação possuem um conceito muito subjetivo das dificuldades de aprendizagem e, por isso, utilizam esses conceitos de maneira incorreta, rotulando alunos que nem sempre apresentam alguma patologia. Isso pode ser percebido mediante encaminhamentos realizados pela escola à saúde mental, em que os alunos já vão rotulados com algum tipo de diagnóstico, como hiperatividade, TDHA (transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Por outro lado, os profissionais da saúde também encontram dificuldade em conceituar o que seja dificuldade de aprendizagem. É comum o mesmo aluno receber diagnósticos diferentes em um curto período de tempo. Para Collares e Moyses (26), muitos desses profissionais, sem uma formação adequada, acabam realizando uma avaliação diagnóstica equivocada dos alunos, atribuindo ao fracasso escolar causas puramente orgânicas.

Para Moraes et al (20), a saúde escolar deve conceber a criança na sua integralidade, entendida no seu ambiente social mais amplo. A queixa escolar deve ser relacionada à saúde, à escola, à sociedade e às políticas públicas.

Os profissionais, tanto da educação como da saúde, procuram em suas ações uma justificativa para o fracasso escolar, sem dominarem os conceitos que permeiam essas justificativas. Para Valla e Holanda (35):

Médicos e professores acabam achando que os problemas dos alunos da escola pública acontecem ou por deficiência mental ou por desajuste emocional de cada um, quando muitas vezes nem se quer sabem direito o que significam essas palavras (p.63).

---

3 Essa abordagem trabalhava os conceitos de disfunção cerebral mínima e dislexia.

### 1.3 - ESCOLA PÚBLICA E SUA INTERAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

Para compreender melhor o pano de fundo em que a medicalização do fracasso escolar se desenvolve, é importante identificar alguns fatores que permeiam o contexto da escola pública.

A escola reflete a desigualdade social que afeta diretamente os principais atores da educação: professores e alunos. A grande desigualdade econômica e seus desdobramentos atingem todo o sistema escolar, no qual a escola é determinada pelo conflito entre classes sociais com interesses opostos (36).

Nesse contexto, encontram-se professores desmotivados, despreparados para lidar com os alunos que trazem em seu bojo as características dessa sociedade injusta e que acabam recebendo uma educação que reproduz esse sistema social num ciclo vicioso.

Para Valla e Holanda (35), os professores trabalham sob circunstâncias muito adversas:

(...) os professores das escolas públicas estão insatisfeitos com os resultados que conseguem obter em suas classes. Lutando sempre com os mesmos problemas: os baixíssimos salários, número excessivo de alunos por turma, escolas em más condições de funcionamento, alunos com experiência de vida muito diferentes, currículos que na prática não conseguem interessar as crianças, os professores de modo geral se mostram descrentes da idéia de que no fundo a escola possa ter alguma serventia para quem a frequenta (p.54)

Nessas condições, aumenta frequentemente o número de profissionais que, ao lidar com situações como as citadas anteriormente, não possuem ferramenta suficiente para enfrentar as dificuldades do processo de ensino/aprendizagem. É nesse contexto que as relações entre saúde e escola ficam marcadas. A escola busca ajuda dos profissionais da saúde, considerados pelos professores gabaritados, para atenderem as dificuldades impostas aos alunos. No contexto da escola pública, recorre-se em geral aos

programas, geralmente na área da saúde, específicos que atendem as crianças em idade escolar.

O elo entre saúde e educação se inicia no encaminhamento realizado, direcionando o aluno para o atendimento na saúde.

Morais e Souza (37) apontam o grande número de encaminhamentos realizados pelas escolas e qualificam esse fato como uma característica de um sistema escolar de baixa qualidade. As autoras também verificaram que a grande incidência de encaminhamentos é a única saída de alguns professores:

A presença de queixas escolares no sistema de saúde tem se tornado uma saída para os educadores que muitas vezes, desconhecem ou desconsideram a própria participação na construção dos problemas de aprendizagem. E ao agir dessa forma isentam-se de suas responsabilidades no fenômeno, culpabilizando alunos e família pelo fracasso escolar (p.13).

Collares e Moyses (21) também apontam essa isenção de culpa por parte dos professores:

... os professores que deveriam ser os responsáveis por analisar e resolver os problemas educacionais, passam a ser mediadores, apenas triando e encaminhando os alunos para especialistas da saúde. Esse encaminhamento acalma a angústia dos professores, não só por transferir deveres, mas principalmente porque desloca eixo das preocupações do coletivo para o particular. (p.27).

Os casos são encaminhados na esperança de que psicólogos, neurologistas, fonoaudiólogos resolvam problemas manifestados na sala de aula de forma que os alunos melhorem comportamento e aprendizagem.

Segundo Boarini e Borges (38), em muitos desses encaminhamentos não há necessidade de intervenção do profissional da saúde. Tal quadro gera uma demanda de casos que não podem ser supridos pelo serviço público de saúde, contribuindo para a existência de um déficit em relação à demanda infantil que realmente necessitaria de assistência desses serviços, tornando as ações cada vez mais isoladas.

O professor acaba encaminhando alunos com dificuldades que poderiam ser sanadas dentro da sala de aula se as classes fossem menos numerosas, o que possibilitaria um contato mais próximo com o docente. Outro fator para diminuir esses encaminhamentos seria a formação continuada do professor. Ao buscar respaldo teórico, ele poderia aplicá-lo à sua prática com atividades que, de fato, alcançassem os objetivos pretendidos com o aluno. Na limitação desse e de outros fatores, o professor, ou para se isentar da culpa de um provável fracasso do aluno e provavelmente com receio de não conseguir saná-las, pede auxílio a quem ele julga mais competente: a área da saúde.

O diálogo entre educação e saúde, referente aos casos encaminhados, é prejudicado não só pela postura da equipe escolar, que “transfere o problema”, mas, segundo Morais e Souza (37), os profissionais da saúde trabalham com os encaminhamentos recebidos na busca de diagnóstico e de tratamento, sem considerar o contexto escolar na sua essência, funcionando de forma paralela ao sistema de ensino. Tal procedimento gera vários profissionais lidando com o mesmo aluno em contextos completamente diferentes e com ações isoladas.

Os alunos, vítimas de um contexto social que privilegia uma grande desigualdade, são objetos das duas áreas: da saúde e da educação. Cada área, preocupada em dar conta da sua demanda e das suas dificuldades, não considera o fato de que o aluno é um ser integral mais amplo e avalia as causas de seu mau desempenho como dificuldade dele próprio, excluindo o entorno social em que este indivíduo está inserido e as implicações disso para sua vida em todos os aspectos.

Apesar do avanço que nosso país obteve com a promulgação da constituição de 1988 e a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde), cujo princípio norteador é o atendimento integral com prioridade para ações preventivas, verifica-se que ainda há muito a se desenvolver no tocante à saúde escolar.

Uma análise crítica das interfaces entre saúde e educação e o entendimento e a valorização do trabalho interdisciplinar podem propiciar aos profissionais a possibilidade de se construírem novas ferramentas no enfrentamento das dificuldades de aprendizagem, atentando para o contexto socioeconômico, político e cultural em que o aluno está situado.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivos geral**

O objetivo geral do presente estudo é descrever e analisar a interação saúde/escola em um município da região metropolitana de Campinas por intermédio da trajetória de cinco alunos da rede regular de ensino, com queixa de dificuldades de aprendizagem, encaminhados para o serviço de saúde.

### **2.2 - Objetivos específicos**

Os objetivos específicos são:

1. Analisar a percepção dos profissionais a respeito da interação saúde/escola.
2. Conhecer os critérios de encaminhamento da escola para a saúde.
3. Identificar a percepção dos profissionais sobre os alunos e suas famílias.

### 3 - METODOLOGIA

Utilizou-se para a realização desta pesquisa a abordagem qualitativa, por se entender que ela propicia a descrição de significados que são socialmente construídos (39).

O objeto de estudo dessa pesquisa se enquadra em uma das características que Chizzotti (40) aponta para o estudo qualitativo, repleto de significados e de relações, no qual o dado não é inerte e tampouco neutro.

Segundo Ludke e André (41), o estudo qualitativo é rico em dados descritivos, é flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

O tipo de pesquisa escolhida dentro da abordagem qualitativa foi o estudo de caso, utilizando a análise documental para a coleta de dados referentes à trajetória dos alunos e entrevistas semiestruturadas com professores e profissionais da saúde envolvidos nos casos estudados.

A discussão e a análise dos resultados seguiram as fases propostas por Bardin (42) no que se refere à análise de conteúdo, tais como: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação dos dados.

Na pré-análise foi realizado o levantamento dos prontuários. Na exploração do material e do tratamento dos resultados, foi efetuado um recorte dos dados coletados nos prontuários e nas entrevistas com professores e com profissionais da saúde e, por fim, realizou-se a interpretação dos dados com base nos prontuários e nas entrevistas.

Os dados foram interpretados através dos seguintes eixos temáticos:

1. Aspectos relevantes da trajetória dos alunos:

- Queixas escolares

- Conduitas da equipe escolar
- Tempo de espera pelo atendimento na saúde
- Questões sociais
- Busca por um diagnóstico

## 2. Relação saúde e escola

- Encaminhamentos
- Relatórios escolares
- Visão dos profissionais sobre os sujeitos e suas famílias
- Percepção dos profissionais sobre a relação saúde/escola

### **3.1 - Campo de pesquisa: estrutura e funcionamento do serviço**

A pesquisa foi realizada em um serviço de saúde de um município da região metropolitana de Campinas.

Esse serviço, que pertence à secretaria de saúde do município, é uma unidade de atendimento especializado, dirigido a crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, com o objetivo de oferecer atendimento especializado nas áreas de: serviço social, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, neuropediatria, terapia ocupacional e psiquiatria infantil.

O critério para o atendimento é feito via encaminhamento, que pode ser de médicos, por meio de UBS (unidades básicas de saúde), conselho tutelar, fórum, programas do município, creches e escolas.

O serviço atende crianças de 0 a 4 anos e a população escolar até a 4ª série do Ensino Fundamental que residam no município. As queixas atendidas pelo serviço são: dificuldade de aprendizagem, fala, linguagem e comportamento.

A maioria dos encaminhamentos é proveniente das escolas e a maior parte das queixas refere-se às dificuldades de aprendizagem.

O serviço elaborou uma guia de encaminhamento que as escolas devem preencher para enviar o aluno, solicitando à equipe escolar detalhar o motivo, a frequência do problema e as condutas já adotadas pela equipe escolar. Essa guia-padrão, elaborada pelo serviço, foi uma atitude tomada para diminuir encaminhamentos desnecessários. Tal guia contém as seguintes questões:

1. Qual o motivo do encaminhamento? Descrever detalhadamente:
2. Em que situações, há quanto tempo e com qual frequência ocorre o problema?
3. Condutas já adotadas pela equipe escolar:
4. Quais observações feitas pelos pais/responsáveis diante da situação descrita?
5. Outras observações:

A coordenadora do serviço de saúde relata ter dado às coordenadoras das escolas orientação sobre os requisitos necessários para o encaminhamento dos alunos, o que contribuiu para diminuir a demanda, pois os professores e as escolas passaram a repensar a adequação ou não dos casos a serem atendidos pelo serviço de saúde.

A família recebe o encaminhamento e se dirige ao serviço. O primeiro passo é a triagem pelo serviço social que realiza uma anamnese e encaminha para as especialidades julgadas necessárias. Havendo dúvida por parte do serviço social, este discute o caso com a equipe multidisciplinar antes de realizar o encaminhamento.

Os alunos são inseridos na lista de espera e, ao serem encaminhados, passam pela especialidade indicada para avaliação ou triagem na área. Se o profissional da área indicada concluir a necessidade de acompanhamento, eles aguardam em lista de espera o início do atendimento, que pode ser individual ou em grupo. Encaminhamentos internos para as demais áreas do serviço e para outros recursos da comunidade também são utilizados quando necessário.

Assim que o aluno é triado no serviço social, existe um grupo denominado de acolhimento, no qual os pais, cujos alunos ingressaram no serviço, recebem as boas-vindas além da orientação das regras e do funcionamento do serviço.

Há também um grupo de orientação familiar, dirigido por uma psicóloga, destinado aos familiares que apresentam tal necessidade.

Os profissionais do serviço reúnem-se semanalmente para discussão de casos e de assuntos referentes à dinâmica do trabalho. Normalmente essas reuniões são com todos os profissionais, mas, havendo necessidade, são realizadas reuniões por áreas também.

São elaborados semestralmente relatórios dos casos atendidos. Todas as informações julgadas relevantes pelo profissional e pelo serviço (relatórios, avaliações, triagem, guias de encaminhamento) são anexadas ao prontuário do aluno, criando-se um documento interno que aponta a evolução de cada um deles.

Os critérios de desligamento do serviço estão divididos em quatro itens:

Alta: quando os objetivos terapêuticos são concluídos.

Dispensa: quando a criança é avaliada e se conclui a não necessidade de atendimento terapêutico numa determinada área do serviço.

Desistência: em caso de mudança de cidade ou por opção da família, que assina um termo de desistência

Cancelamento: na ocorrência de duas faltas consecutivas sem justificativa, envia-se carta comunicando à família o cancelamento.

### **3.2 - COLETA DE DADOS**

Antes do início da coleta de dados, os responsáveis pelos sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo I), assim como todos os profissionais envolvidos na pesquisa (Anexo II), observando os aspectos éticos (anexo III), aprovado pelo Comitê de Ética da FCM ( Parecer 420/2008) . A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2008 (outubro, novembro e dezembro) e se deu por duas fontes: análise documental dos prontuários e entrevista com profissionais.

A coleta de dados aconteceu basicamente em dois momentos: no primeiro, foi realizada a análise documental da trajetória dos alunos no serviço de saúde e, no segundo, a entrevista com os profissionais, na qual se buscou identificar a percepção dos profissionais a respeito dos sujeitos e da relação saúde/escola.

As entrevistas, de forma semiestruturada, foram realizadas com os profissionais, tanto da saúde (psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos) como os da educação (professores), gravadas e posteriormente transcritas.

Relação dos entrevistados:

1. Professora de Anderson
2. Professora de Leandro.
3. Professora de Joseane
4. Professora de Gustavo
5. Professora de Raquel

6. Pedagoga (saúde) Anderson, Raquel e Gustavo
7. Pedagoga (saúde) de Leandro e Joseane
8. Psicóloga de Anderson e Gustavo
9. Fonoaudióloga de Leandro

O roteiro da entrevista constou das seguintes questões:

- a) Qual a sua visão sobre o aluno e sua família?
- b) Como você percebe a relação saúde/escola no município?
- c) Em quais critérios você acredita terem sido utilizados para o encaminhamento do aluno ao serviço de saúde?

Os prontuários foram minuciosamente transcritos e analisados, fazendo-se posteriormente um recorte dos trechos relevantes para a pesquisa.

### **3.2.1 - Sujeitos**

O universo da pesquisa foi composto por cinco alunos da rede municipal de Ensino Fundamental I, encaminhados ao serviço de saúde, com queixa inicial de dificuldade de aprendizagem. A faixa etária dos alunos selecionados foi de 7 a 12 anos de ambos os sexos.

Todos os alunos selecionados são oriundos de famílias de poder aquisitivo baixo, com a média de renda familiar em torno de dois salários mínimos. A maioria dos pais tem a quarta série concluída. Nenhuma das crianças possui pais com escolaridade além do ensino fundamental.

Em nenhum dos casos selecionados encontramos indicação de qualquer tipo de deficiência na família ou na própria criança. Todas as mães relatam que a gestação e o desenvolvimento das crianças foram normais.

Os nomes dos sujeitos são fictícios a fim de preservar a sua identidade. A idade registrada dos sujeitos refere-se à data da coleta de dados.

### **3.2.2 - Levantamento dos dados do prontuário**

A trajetória dos alunos, desde o seu encaminhamento ao serviço de saúde até a data final da coleta de dados, foi elaborada com base em: documentos, observações, avaliações e relatórios contidos no prontuário.

A apresentação de um panorama geral dessas trajetórias se faz importante para que o leitor compreenda e visualize as etapas pelas quais os sujeitos da pesquisa percorreram, contribuindo para um maior entendimento da análise dos resultados.

#### **3.2.2.1 - Caso 1**

##### **Aluna :Joseane**

Joseane mora com os pais e com dois irmãos mais velhos. Um deles também frequentou o mesmo serviço de saúde, apresentando dificuldades de aprendizagem. O pai sustenta a família com um salário mínimo, é servente de pedreiro, autônomo. A mãe fica em casa. Um tio, alcoólatra, mora com a família.

Ela já repetiu as séries iniciais. Até a data da coleta de dados, estava cursando a quarta série com doze anos.

Foi encaminhada para o serviço de saúde pela primeira vez em 2002 quando estava na EMEI (Escola Municipal de Educação Infantil) com a seguinte queixa:

*...dificuldade em compreender e em realizar propostas. Constante apatia. Dificuldade para compreender ordens simples. Não reconhece todas as cores. Não copia seu nome com o auxílio do crachá.*

Não houve efetivação desse encaminhamento.

Em julho de 2003 (quase um ano depois), a aluna foi novamente encaminhada, agora pela EMEF (Escola Municipal de Ensino Fundamental):

Queixa da escola no segundo encaminhamento:

*...dificuldades em compreender e em realizar as atividades propostas em sala de aula. Constante apatia, dificuldade em compreender ordens simples. Apresenta algumas reações físicas quando solicitada a sua atenção, fica balançando por bastante tempo a cabeça em sinal afirmativo. Quando chamada, esfrega os lábios com frequência, parece sempre estar mastigando, muda as coisas da carteira de lugar o tempo todo, não tem iniciativa em resolver pequenos problemas do cotidiano; durante os jogos, tende ao isolamento. Tem dificuldade de interagir com outras crianças falando somente quando solicitada. A professora conversa com a aluna explicando isoladamente e individualmente suas dúvidas, mas a maioria das vezes sem sucesso.*

Condutas da escola (antes de encaminhar): "Conversa com a aluna, com a mãe, com a coordenadora da escola e com outros professores".

Em setembro de 2003, passou pelo serviço social, que a encaminhou para a área da psicologia e da pedagogia.

A entrevista de triagem na psicologia foi realizada em dezembro de 2003. O profissional responsável pela triagem aponta que o maior problema de Joseane é a falta de estimulação:

*Parece que há falta de estimulação em casa. A dificuldade dela não é tão gritante, ela parece precisar de reforço para decolar na aprendizagem. Parece ser reprimida em casa, a mãe não permite que ela brinque na vizinha e, mesmo assim, foge para brincar. Acredito que ela precise de estimulação social e pedagógica.*

A aluna ficou na lista de espera para ser atendida na psicologia, mas não há registro do início desse atendimento. Foi encaminhada mais duas vezes para nova triagem na psicologia.

Em janeiro do ano seguinte, foi realizada triagem na pedagogia, que concluiu: “*não coordena os elementos de um desenho num todo; não construiu o sistema lógico matemático dos números; não associa o som à escrita*”.

Aparece a relação da falta de estímulo com a dificuldade de aprendizagem: “*Também parece trazer uma bagagem cultural, social, intelectual defasada, comprometendo assim a aprendizagem da leitura e da escrita*”.

O início do atendimento na pedagogia começa em março de 2004, oito meses após a escola enviar o encaminhamento.

Um mês depois do início do atendimento, Joseane foi encaminhada pela pedagoga do serviço de saúde para a oftalmologia<sup>4</sup>, solicitando “*avaliação e parecer*”. Não há registro do resultado desse atendimento.

Em maio de 2005, Joseane passou pela neuropediatra, que constatou o exame neurológico normal.

No mesmo ano, a pedagoga redige um relatório referente ao histórico de Joseane no serviço. Novamente aparece a questão da falta de estímulo, mas também começa a serem identificados pequenos avanços e a necessidade de continuar o atendimento pedagógico para aquisição da leitura/escrita e dos conceitos matemáticos:

*A criança iniciou atendimento em março de 2004, mas faltou muito e atualmente vem uma semana sim, outra não, porque a mãe não tem dinheiro para pagar a condução todas as semanas. Joseane repetiu a primeira série por apresentar uma grande defasagem na aquisição necessária à alfabetização. A defasagem (criança não recebe estímulos) se mantém, mas está sendo superada aos poucos. Já consegue ler e escrever palavras isoladas e faz tentativas para escrever frases, mas realiza omissões de letras e, às vezes, de sílabas. Soma pequenas quantidades, mas para subtrair ainda precisa de ajuda. A criança está em atendimento direcionado à leitura/escrita e a conceitos matemáticos. Inicia leitura e escrita das sílabas complexas”.*

---

4 Esse profissional não fica nesse serviço de saúde, e sim num centro de especialidade. A responsabilidade de levar o aluno fica a cargo da família.

Em agosto de 2005, a aluna passou por nova avaliação na psicologia, que a dispensou da área e a encaminhou para um programa da secretaria da promoção social, a qual atende crianças entre seis e onze anos, (no período oposto ao da escola) paralelamente ao atendimento na pedagogia.

No prontuário, encontram-se relatórios semestrais, resumindo a evolução de Joseane no atendimento da pedagogia. Falta de estímulo e ausência no atendimento pela falta de verba para condução aparecem em quase todo atendimento. Nos anos de 2005, de 2006 e no primeiro semestre de 2007, os registros apontam alguns avanços de Joseane tanto na aprendizagem quanto no interesse. A pedagogia se concentrou em trabalhar o desenvolvimento da leitura e da escrita:

*Continua interessada e motivada. Tem apresentado boa evolução. Permanece em atendimento no próximo ano de 2007, para um trabalho que favoreça a leitura e a interpretação de texto.*

No segundo semestre de 2007, a mãe de Joseane procura o serviço dizendo que a aluna piorou na escola. No relato da pedagogia, há o registro da mãe no qual acredita que esse quadro se deve ao fato de o seu irmão ter se envolvido com “más companhias e drogas”. A aluna é encaminhada pela pedagogia para psicologia: “*Tendo conversado com a mãe, julgamos necessário um atendimento psicológico para Joseane se fortalecer, pois seu emocional está prejudicando a aprendizagem. Será encaminhada*”.

Então, em janeiro de 2008, Joseane novamente é triada na psicologia, em que a profissional aponta a necessidade de atendimento para a criança e indicou o grupo de orientação familiar para a mãe, visto ter identificado que questões familiares poderiam estar diretamente relacionadas às dificuldades de Joseane :

*...essa família possui pouco recurso financeiro, vive num ambiente pobre, sem estimulação e há uma rigidez imposta pelas questões religiosas. Esses fatos, somados à dinâmica familiar comprometida e às ocorrências atuais, estão afetando o desenvolvimento escolar da criança.*

Porque já completou doze anos, foi encaminhada para o serviço psicológico (com indicação para avaliação psicométrica) de um programa específico para adolescentes, da área da promoção social da cidade.

Até a data do término da coleta de dados, Joseane era atendida ainda pela pedagogia, que esperava a resposta da avaliação psicométrica (ainda sem data para começar) do outro serviço, para dar andamento ao caso.

### **3.2.2.2 - Caso 2**

#### **Aluna Raquel**

Raquel, aluna de sete anos, reside com os pais, dois irmãos menores (um de dois e outro de quatro anos). O pai trabalha como zelador, a mãe fica com as crianças em casa.

A aluna foi encaminhada em agosto de 2007 quando ainda estava no pré, pela EMEI (Escola Municipal de Educação Infantil).

Queixa da escola:

*...fazer uma avaliação mais detalhada da aluna que, desde o infantil I, apresenta bastante dificuldade em memorizar, em nomear e em reconhecer letras e números. Ela apresenta dificuldades em qualquer atividade que exija raciocínio lógico. Observamos grande progresso nos aspectos: perceptivo, motor, social e afetivo desde sua entrada na escola, mas ainda nos preocupamos muito quanto ao raciocínio.*

Condutas da escola:

*Conscientização da família sobre nossas dúvidas e constatações sobre o problema. Atendimento individualizado pela professora a cada atividade realizada, dando maior apoio e atenção procurando motivá-la por causa da sua aparente apatia. Quando havia a presença da pedagoga, a professora solicitou um acompanhamento individualizado que foi realizado algumas vezes, sem retorno da sua avaliação.*

Nesse encaminhamento, há um pequeno histórico sobre Raquel desde a entrada na escola:

*Quando entrou na escola, no infantil I, a professora se preocupou em trabalhar mais com ela a parte motora, pois quase não se movimentava (o pai a trazia no colo). Ela não tinha nenhuma iniciativa para participar das atividades propostas (ficava imóvel, sem reação) e também da parte social e afetiva, pois não se comunicava nem com as crianças. Houve uma melhora muito grande, mas nas atividades de: leitura, escrita, matemática e principalmente na resolução de problemas, ainda apresenta muita dificuldade ficando sem reação.*

Em setembro, foi realizada a triagem no serviço social do serviço de saúde, cuja conduta foi o encaminhamento para a pedagogia.

A triagem na pedagogia foi realizada, então, em dezembro do mesmo ano com a seguinte conclusão:

*...dificuldade em memorização, muito dispersa e lenta. Dificuldade na aquisição da leitura e da escrita, mesmo indo em 2008 para a primeira série. Não tem idéia aditiva, não reconhece a quantidade dos numerais, visualmente conhece alguns numerais. Caso não acompanhe a terapia, encaminharei para a neuro- pediatria, por causa de sua imaturidade.*

Em janeiro de 2008, foi iniciado atendimento na pedagogia.

No final de fevereiro do mesmo ano, a aluna foi encaminhada pela pedagoga do serviço de saúde para a neuropediatria do mesmo serviço, com a seguinte queixa:

*Raquel parece ser uma criança bastante comprometida. As professoras de Educação Infantil relataram que ela teve muita dificuldade com a parte motora, quase não andava, então procuraram desenvolver esse lado da motricidade. Raquel é muito, muito lenta, não reconhece números, letras; não distingue vogal de consoante, é dispersa e insegura. Não reconhece o alfabeto, pois diz que se esquece das coisas. Tem dificuldade em memorizar principalmente; aproxima muito a folha, os livros e jogos sobre sua visão, tem dificuldade em recortar e em usar a tesoura e, quando se depara com mais de uma coisa nas mãos ou sobre sua frente, ela se atrapalha toda. Sua boca parece ser um pouco travada, fica difícil sair a fala, parece que ela segura a boca e, quando não*

*consegue falar o que quer, ela gagueja e ainda manca com a perna direita. Não sei se estou exagerando ou se precisa ser encaminhada para a Fono ou para a TO.*

No mesmo mês, foi avaliada pela neuropediatra, cuja conduta foi indicar para avaliação na terapia ocupacional e solicitar alguns exames. Em maio, retorna com o resultado e a médica pede mais um raio-x do tórax, área do coração. Em setembro, a neuropediatra prescreve a medicação Tofranil<sup>5</sup>.

Até a data final da coleta de dados, a aluna permanecia em atendimento na pedagogia para “*dar continuidade ao processo de aquisição de leitura e escrita*”. A pedagoga relatou em entrevista que também havia encaminhado Raquel para avaliação psicométrica, no prontuário ainda não se encontrava anexado esse encaminhamento.

### **3.2.2.3 - Caso 3**

#### **Aluno: Leandro**

Leandro, de oito anos, não tem contato com o pai, reside com o padrasto e a mãe. O relacionamento com o padrasto é muito bom. A mãe é doméstica e o padrasto operador de máquina. Fica com a babá enquanto os pais trabalham. Repetiu a primeira série.

Em março de 2007, foi enviado o encaminhamento da escola para o serviço de saúde.

Queixa da escola:

*...não conseguia copiar as atividades que eram passadas na lousa, tem dificuldade em traçar letras e números, a escrita do seu nome também não é correta. Está na garatuja, não reconhece letras, nem número, não possui sequência numérica, nem noção de*

---

<sup>5</sup> Antidepressivo tricíclico. Indicação: Todas as formas de depressão, incluindo-se as formas endógenas, as orgânicas e as psicogênicas e a depressão, associada com distúrbios de personalidade ou com alcoolismo crônico. Informação retirada do site: <http://www.bulas.med.br/p/tofrasil-3939.html>

*quantidade. Em reunião com a equipe de professores e direção da EMEI e EMF, no fim do ano letivo de 2006, a professora do aluno em questão nos relatou que ele já apresentava dificuldade no processo de ensino-aprendizagem e sugeriu que o encaminhássemos no início do ano letivo de 2007.*

Condutas da escola:

*Quanto às atividades que o aluno não conseguia copiar da lousa, comecei a passar em seu caderno para que copiasse embaixo, as demais atividades são diversificadas de acordo com o nível em que ele se encontra. As atividades de sondagem que são realizadas periodicamente estão sendo enviadas cópias para que possam constar com maior subsídio o que relatamos.*

Em abril de 2007, Leandro passa pela triagem no serviço social do serviço de saúde, que fez o encaminhamento para triagem na pedagogia e na fonoaudiologia.

Em agosto de 2007, foi realizada triagem na fonoaudiologia com a seguinte conclusão:

*Leandro comparece ao serviço acompanhado do pai/padastro. Relata que a criança está indo mal na escola, tem dificuldade para acompanhar a classe. Lê pouco, e está iniciando a escrita. Disse que haviam percebido a dificuldade antes, mas só encaminharam agora. O pai disse que a gestação da criança foi tudo bem, a mãe, porém, soube da gravidez com seis meses. Criança nasceu e desenvolveu-se bem. De acordo com pai, mãe apresenta dificuldade na linguagem oral e na linguagem escrita, ficou três anos na primeira série. Durante triagem percebi que é uma criança bastante infantil e ri com muita facilidade. Sugiro neuro. Na linguagem oral apresentou troca sistemática g-k, omissão dos grupos consonantais. Sendo assim iniciará atendimento no dia 22.08.2007.*

Na pedagogia, passou pela triagem em setembro, que apresentou o seguinte parecer:

*Queixa de dificuldade de aprendizagem foi confirmada. Leandro está na hipótese pré-silábica da escrita, com quantidade e repertórios variáveis e presença de valor sonoro inicial. Não consegue ler, conhece apenas algumas letras do alfabeto. Em raciocínio lógico matemático também apresentou muita dificuldade.*

*Não tem organização espacial no papel e ainda não sabe escrever o seu nome. Necessita de atendimento e aguarda lista de espera”.*

Em março de 2008, foi iniciado o atendimento na pedagogia.

Até a data do final da coleta de dados, o aluno ainda se mantinha em atendimento na pedagogia e na fonoaudiologia, com registro de evolução significativa tanto da escola quanto do serviço de saúde.

#### **3.2.2.4 - Caso 4**

##### **Aluno: Anderson**

Aluno com onze anos. Reside com os pais, um irmão mais velho, solteiro, e com um irmão casado e a cunhada. O pai é motorista e a mãe fica em casa.

O aluno repetiu a segunda série uma vez e duas vezes a primeira.

O primeiro encaminhamento realizado pela escola para o serviço de saúde foi enviado em junho de 2004.

Queixa da escola:

*Solicitar uma avaliação psicológica, pedagógica e fonoaudiológica. O aluno apresenta dificuldades em entender ordens, regras, conceitos. Não elabora uma frase completa com um vocabulário bem restrito, não reconhece cores, números e letras. Necessita da presença da professora constantemente ao seu lado para orientação na execução de qualquer atividade. Não possui concentração, atenção, é irrequieto, movimentando-se o tempo todo. Encontra-se na hipótese pré-silábica da aquisição da escrita. Iniciou o reforço oferecido pela escola.*

Conduta da escola:

*Iniciou o reforço oferecido pela escola*

Em setembro de 2004, houve o primeiro atendimento no serviço de saúde com triagem no serviço social, cuja conduta foi o encaminhamento para psicomotricidade, fonoaudiologia, pedagogia e neuropediatria.

Em março de 2005, Anderson passa pela triagem na psicologia. A conduta da área foi "*o encaminhamento para a neuro, orientação à mãe sobre limites e estimulação e colocar Anderson na lista de espera para psicomotricidade*".

Em abril do mesmo ano, o aluno passa pela avaliação da neuropediatria cuja conduta é a indicação para a área da pedagogia, "*aguardando sem medicação. Penso que a prioridade é pedagogia.*".

Em maio, passa também pela triagem na fonoaudiologia, que apontou o seguinte:

*Anderson, na fala, consegue articular todos os sons. Tem mais dificuldade em grupo com L, com fonema R. É quieto, não é comunicativo. Não reconhece todas as letras, sabe poucas, não conhece cores. Não conseguiu compreender texto simples de história. Não pedi carta à escola: Discutir em equipe.*

Na triagem para a pedagogia, o aluno não compareceu, foram marcadas várias vezes e culminou com o cancelamento da vaga em novembro de 2005.

Em agosto de 2006, a escola faz um reencaminhamento para o serviço de saúde, com a seguinte queixa:

*Estamos reencaminhando o aluno, pois ainda encontra-se na hipótese pré-silábica da escrita, está cursando pela terceira vez o nível um do ciclo I, percebo que tem dificuldade em memorizar cores, histórias e informações. O relacionamento com os colegas é bom e é interessado em trabalhos em grupo e também nas aulas de artes. É muito caprichoso. O aluno está freqüentando o reforço que desenvolve a escrita, a leitura com jogos alfabeto móvel, computador e métodos diferenciados da sala de aula. Os pais estão cientes das dificuldades do aluno no desenvolvimento da*

*escrita, leitura e raciocínio lógico-matemático e concordam com o encaminhamento.*

Conduta da escola:

*O aluno está frequentando o reforço escolar que desenvolve a escrita, a leitura com jogos, alfabeto móvel, computador e métodos diferenciados da sala de aula.*

Em resposta ao reencaminhamento da escola, Anderson passa novamente na triagem do serviço social do serviço de saúde (setembro), que o encaminha para a psicologia e a pedagogia. Em novembro, realiza entrevista na psicologia, que prefere aguardar a triagem da pedagogia para discussão da necessidade de avaliação psicométrica.

Em janeiro de 2007, foi iniciada a triagem na pedagogia, que concluiu:

*Queixa que motivou o encaminhamento foi confirmada. Anderson apresenta-se em transição para a hipótese silábica de escrita. Não apresenta idéia aditiva e não realiza situação problema. Interação com certa dificuldade. Responde apenas quando muito questionado. Não retém informações. Dificuldade em concentrar-se. Anderson encontra-se em defasagem em suas aquisições de leitura e escrita. . Está com 9 anos e 11 meses. Discutir o caso com psicologia e verificar se é possível fazer uma avaliação psicométrica para constatar seu nível de desenvolvimento e se há algum motivo real para esta defasagem.*

Em abril de 2007, o serviço de saúde recebeu da escola a solicitação do “parecer sobre o atendimento realizado pelos profissionais do serviço ao aluno”.

Em setembro de 2007, um ano depois do reencaminhamento da escola, inicia-se o atendimento na pedagogia, que, após um ano de terapia, não aponta avanços no desenvolvimento de Anderson:

*...em quase um ano de terapia o aluno não obteve progresso, não sabe cores, não memoriza o que é falado, é apático, não lê, não escreve. A mãe parece não aceitar as dificuldades do filho e a escola também não sabe o que fazer para ajudá-lo assim como eu.*

Em agosto de 2008, Anderson passa novamente por avaliação com neuropediatra, que solicitou vários exames e apontou como hipótese diagnóstica: déficit ou distúrbio de aprendizagem. Indicou um raio x de crânio.

Em agosto de 2008, foi iniciada a avaliação psicométrica. Até a data do final da coleta de dados, a pedagogia aguardava o resultado da avaliação, para nortear a conduta que a equipe daria ao aluno para o próximo ano.

### **3.2.2.5 - Caso 5**

#### **Aluno Gustavo**

O aluno mora com os pais, uma irmã mais velha e duas mais novas, o pai é autônomo, restaurador de móveis e a mãe diarista, residem numa casa com dois cômodos. Tem um irmão preso.

O aluno, com nove anos, repetiu a segunda série.

Foi encaminhado pela escola ao serviço de saúde em maio de 2006.

Queixa da escola:

*...aluno imaturo. Não produz com sucesso as atividades de sala mesmo sendo orientado, sente muita dificuldade na escrita. Não reconhece o alfabeto apenas algumas letras e alguns números”*

Condutas da equipe escolar:

*...atendimento individual, reforço paralelo com atividades diversificadas. Aluno transferido de outra escola, mas está se adaptando bem ao nosso ambiente. A mãe comentou que na outra escola chorava muito e nunca queria ir. Aqui ele não chora e tem um bom relacionamento com os colegas.*

A triagem no serviço social do serviço de saúde foi realizada em setembro de 2006, quando encaminhou Gustavo, inicialmente, para a pedagogia, mas *“posteriormente verificar a necessidade de psicologia”*.

Em abril de 2007, a avaliação na pedagogia foi iniciada. Deveria ter sido marcada em dezembro de 2006, mas o telefone de contato estava fora de serviço e a escola em férias.

A conclusão da pedagogia foi esta:

*A queixa de dificuldade de Gustavo que motivou o encaminhamento foi confirmada. Gustavo está na hipótese pré-silábica da escrita. Apresenta muita dificuldade e não consegue ler, e não compreende o que lhe foi solicitado. Mostrou-se muito ansioso e nervoso como se não aceitasse não saber. Mãe relatou que criança é muito agressiva em casa, mas acredito que isso reflita a atitude do pai que também é agressivo com ele, com a mãe e com os filhos. Será encaminhado para avaliação na psicologia e mãe para grupo de orientação familiar. Necessita atendimento e aguarda em lista de espera.*

Em julho, o atendimento da pedagogia tem início.

No mês de setembro, o aluno foi encaminhado pela pedagoga para a neuropediatra com a seguinte queixa:

*Aluno imaturo pela faixa idade em que se encontra, não produz com sucesso as atividades, mesmo orientada pela pedagoga. Tem muita dificuldade na escrita, não conhece o alfabeto, apenas letras e alguns números. Não consegue ler e não compreende o que lhe foi solicitado. Esta dificuldade acontece desde o pré (segundo a mãe). É muito lento, inseguro, apenas copia da lousa e dos colegas. Hipótese pré-silábica de escrita “mãe relatou que Gustavo é muito agressivo em casa, igual ao pai, tem um irmão que está preso.*

Em outubro de 2007, o aluno passa pelo neuropediatra, que solicita exames no crânio e avaliação psicométrica.

Em janeiro de 2008, o aluno é indicado para avaliação na psicologia. Conduta: “criança aguarda em lista de espera, mãe para orientação familiar e avaliação psicométrica”.

Em março do mesmo ano, o neuropediatra relata para a pedagogia: “Gustavo estável, aguardando Wisc (Escala de Inteligência Wechler para

*Crianças). Já fez triagem. Trouxe exame do crânio. Dentro do normal. Hipótese diagnóstica mantida. Aguardo psicometria. Manter pedagogia."*

A avaliação psicométrica tem início em outubro de 2008.

Até a data final da coleta de dados, Gustavo permanecia em atendimento na pedagogia *"para realização de um trabalho, visando dar continuidade ao processo de aquisição da leitura e escrita"*. Equipe aguardando o resultado da avaliação psicométrica para estudar a melhor conduta a ser adotada.

## 4 - Interpretação dos dados

Conforme apresentado na metodologia a interpretação dos dados se deu a partir de dois eixos temáticos: aspectos relevantes da trajetória dos alunos e relação saúde e escola. No primeiro eixo temos as queixas escolares, condutas da equipe escolar, tempo de espera pelo atendimento na saúde, questões sociais e busca por um diagnóstico. No segundo eixo, relação saúde escola, a abordagem se dá a respeito dos encaminhamentos, relatórios escolares, visão dos profissionais sobre o sujeitos e suas famílias e a percepção dos profissionais sobre a relação saúde/escola.

### 4.1 - Aspectos relevantes da trajetória dos alunos

#### 4.1.1 - Queixas escolares

As queixas mais frequentes apresentadas pela escola foram as dificuldades: no reconhecimento de letras e de números, na aquisição da leitura e da escrita, na compreensão de ordens, na memorização e no raciocínio lógico-matemático.

Essas queixas foram descritas na guia de encaminhamento da escola para os serviços de saúde. Destacam-se estas:

*...apresenta muita dificuldade em memorizar, nomear e reconhecer letras e números. Ela apresenta dificuldades em qualquer atividade que exija raciocínio lógico". (Raquel).*

*"...Está na garatuja, não reconhece letras, nem número, não possui sequência numérica, nem noção de quantidade." (Joseane)*

*"...sente muita dificuldade na escrita. Não reconhece o alfabeto, apenas algumas letras e alguns números." (Gustavo)*

Os professores, ao encaminharem os alunos, necessitam identificar uma queixa, que norteará todo o processo de busca de um diagnóstico por parte

da saúde. Essa foi também uma solicitação da área de saúde para poder melhor atender os casos encaminhados..

As dificuldades em relação à formação do professor e suas possibilidades de atualização acadêmica, assim como o grande número de alunos em sala de aula podem levá-lo a registrar uma queixa sem uma reflexão prévia, mais por necessidade de busca por soluções em sala de aula que nem sempre estão ao alcance da saúde. Para Freire e Guimarães (43), o professor se identifica mais como um operário, com obrigações rotineiras e diárias como notas, avaliações, planos de aula, priorizando tais atividades em detrimento de um repensar a prática, os problemas da educação na sua totalidade.

Morais e Souza (37) apontam que quanto mais os profissionais da educação tem um suporte para o seu trabalho e espaço para reflexões compartilhadas, percebe-se que o número de encaminhamentos com queixas escolares diminui.

Em dois dos casos selecionados (Joseane e Anderson), também identificaram-se na queixa escolar problemas como apatia, inquietude e interação social. Isso faz repensar os fatores externos à escola, referentes ao dia a dia do aluno, os quais podem propiciar ou favorecer as suas dificuldades no contexto da escola.

*Apresenta algumas reações físicas quando solicita a sua atenção, fica balançando por bastante tempo a cabeça em sinal afirmativo. Quando chamada esfrega os lábios com freqüência, pareceu sempre estar mastigando, muda as coisas da carteira de lugar o tempo todo, não tem iniciativa em resolver pequenos problemas do cotidiano, durante os jogos tende ao isolamento, tem dificuldade de interagir com outras crianças, falando somente quando solicitada. ( Joseane)*

*Não possui concentração, atenção é irrequieto, movimentando-se o tempo todo. (Anderson)*

Problemas comportamentais podem ser sintomas e não a causa de alguma dificuldade de aprendizagem. Talvez não consiga se "comportar" ou ficar

"quieto", porque as atividades ou os métodos utilizados em sala de aula não são adequados para ele.

Quando o professor cita, na queixa escolar, dificuldades de aprendizagem relacionadas a problemas comportamentais do aluno, não significa necessariamente que este apresente alguma dificuldade de aprendizagem.

A questão comportamental impede a realização do trabalho do professor, ou seja, o aluno que não apresenta a postura esperada em sala de aula atrapalha o andamento das atividades. Assim, o professor pode também estar mais preocupado com a adequação do comportamento do aluno, o que facilita o seu trabalho em sala de aula, que com o processo de aprendizagem propriamente dito.

Tanto as queixas relativas a aprendizagem como as de comportamento identificadas nos casos estudados, refletem uma tendência da realidade escolar brasileira como afirma Souza(44):

“Atividades agressivas, apatias, dificuldades na leitura e na escrita circula como os principais motivos de encaminhamentos em consultórios particulares, clínicas-escola e na rede pública de atendimento à saúde mental”.( p.27)

A aprendizagem do aluno sobre o conteúdo escolar, ou a busca do professor por uma estratégia que propicie o aprendizado daquele em sala de aula pode ficar em segundo plano. A angústia maior do professor pode estar no fato de esse aluno não ser um empecilho no aproveitamento da classe por inteiro.

Em muitos casos, o professor acredita que, se o aluno modificar o comportamento, talvez melhore o seu aproveitamento. Esse contexto nos faz repensar o significado da queixa escolar para o professor, para a escola e como essa queixa é interpretada pelo serviço de saúde.

Silva (30) coloca em sua dissertação que muitos professores, já não conseguem ter a percepção de como enfrentar os problemas dentro da escola,

por terem uma visão de que a dificuldade está localizada no aluno. E como o aluno não é concebido dentro de uma esfera global, o especialista é o mais indicado e gabaritado para enfrentar as queixas.

As queixas selecionadas fazem referências ao desempenho cognitivo dos alunos, mas por trás da descrição de cada uma delas, existem professores angustiados e impotentes sem saberem como lidar com as crianças que “ não conseguem aprender”. Sem tempo, motivação e formação suficiente não conseguem muitas vezes elaborar estratégias de ação eficazes.

Collares e Moyses (32) apontam que os profissionais da educação devido a uma formação deficiente não conseguem :

(...) perceber os determinantes políticos do mau rendimento, das evasões, não tem condições até para entrever a possibilidade de mudanças efetivas. Sem formação adequada para elaborar propostas, não sabem de quem e como cobrar a responsabilidade por projetos adequados. ( p.25)

A queixa escolar faz parte de um processo de escolarização que como diz Souza (45) abrange uma rede de relações que nem sempre é percebida pelos professores que se limitam seu olhar ao universo escolar.

Para Machado(46) queixas mais comuns apontam para um padrão ideal, no que deve ser segundo uma ordem social.

#### **4.1.2 - Condutas da equipe escolar**

Identificou-se que, antes do encaminhamento da escola para a área da saúde, o tipo de conduta mais utilizada pelas escolas, em especial pelos professores, foi o atendimento individualizado. Em nenhum dos casos, porém, esse atendimento é detalhado, ou seja, não se explicita o que e como foi trabalhado com o aluno.

*...atendimento individualizado pela professora a cada atividade realizada”. (Raquel)*

*...professora conversa com a aluna explicando isoladamente e individualmente suas dúvidas, mas a maioria das vezes sem sucesso. (Joseane)*

Dentro ainda desse atendimento individualizado, percebe-se uma preocupação em oferecer atividades diversificadas, diferentes das que foram aplicadas na sala de aula e no reforço paralelo: “...*atendimento individual, reforço paralelo com atividades diversificadas*”. (Gustavo)

As atividades diversificadas, em muitos casos, são apenas atividades diferentes das aplicadas na sala de aula, mas, quando dadas individualmente ou em pequenos grupos, como é feito no reforço paralelo, podem contribuir para um melhor entendimento do conteúdo por parte do aluno.

No caso da aluna Joseane, verificou-se como conduta: “*a conversa com mãe, aluna, professores e diretores*” sem explicitar como se deu tal estratégia e qual o objetivo. Essa conversa pode ser considerada como uma busca de elementos para o enfrentamento do problema apresentado pela aluna.

Essa fala nos remonta ao processo de se buscar um culpado pelo fracasso: o aluno, a família ou o professor. Para Collares e Moyses (25), essa busca por um culpado se baseia num processo de individualização de um problema coletivo.

Apenas em um caso há o registro de que a família foi informada sobre o processo do aluno antes do encaminhamento para a saúde: “*Conscientização da família sobre nossas dúvidas e constatações sobre o problema*” (Professora de Raquel). Apesar de informar a família sobre a conduta em relação à aluna, a ação se limitou a transmitir a impressão e as dúvidas da escola sobre as dificuldades da estudante, desconhecendo ou desconsiderando a visão da família.

Morais et al (20), apontam uma tendência de os professores atribuírem culpa aos pais e aos alunos pelo seu próprio insucesso na sala de aula. Isso se deve, principalmente, ao fato de que os alunos reais são bem diferentes dos

idealizados pela escola. Esse fato finaliza a ação escolar na culpa e não na ação mais próxima do aluno e de sua vivência.

Vale ressaltar que a realidade da maioria dos alunos não é das mais promissoras, ou seja, as condições de vida destes no que se refere ao aspecto social, cultural e financeiro estão aquém de uma situação ideal. Crianças como Joseane e Gustavo também apresentam um ambiente familiar pouco favorável para um desempenho escolar satisfatório.

Os sujeitos estão inseridos em famílias que apresentam baixo nível de escolaridade e que muitas vezes o aproveitamento da criança na escola é a última preocupação dada as dificuldades financeiras familiares.

#### **4.1.3 - Tempo de espera pelo atendimento na saúde**

O tempo de espera, em média, entre o encaminhamento da escola e o primeiro atendimento (triagem feita pelo serviço social), nos casos selecionados, é de dois meses. Entre a triagem inicial e as sugeridas pelo serviço social, o tempo de espera gira em torno de cinco meses. No caso de Leandro e Anderson, o tempo de espera foi de um ano.

Segundo a pedagoga de Anderson, de Gustavo e de Raquel, a oscilação do tempo de espera acontece por causa, também, do tipo de demanda :

*...antigamente, seis meses atrás, a gente triava e atendia e em um mês a criança já estava sendo atendida e hoje a espera ta sendo mais ou menos seis meses, assim no máximo, mas também depende da faixa etária, as vezes eu vou formar um grupo com crianças de segundo [ano] que acabaram de entrar no serviço. Agora é assim, está um há dois meses na lista de espera e vem um da quarta serie que faz cinco meses que ta lá, mas a gente não conseguiu encaixar ele num grupo porque a demanda ta sendo na segunda então também depende. (dado retirado da entrevista)*

O caminho a ser percorrido é longo, o aluno deve ser triado<sup>6</sup> por diversos especialistas, para daí decidir qual o atendimento mais adequado. Esse processo pode gerar um desgaste para o aluno e para a família, pois somente depois de realizadas todas as triagens é que se sabe para qual especialista o aluno será encaminhado e, obviamente, será atendido, respeitando-se uma lista de espera.

Um exemplo disso é o caso de Anderson. Desde o encaminhamento até a triagem inicial, o tempo de espera foi de três meses, depois disso foi encaminhado para outras avaliações. Após seis meses da triagem inicial no serviço, Anderson foi avaliado pela psicologia, depois de mais um mês de espera pela neuropediatria, mais um mês para ser avaliado pela fonoaudiologia e, quando chegou a vez da pedagogia, o aluno não compareceu mais.

Um dos fatores principais para essa espera é a demanda, que, na época de Anderson, estava grande, mas também pode ser atribuído às avaliações que são feitas separadamente, ou ainda à busca por um diagnóstico que conduza os profissionais da saúde a procurarem respostas para as dificuldades dos alunos por meio das diferentes áreas.

Parece haver um processo de se passar a responsabilidade do fracasso escolar para outro profissional. Tudo leva a crer é que ninguém possui a resposta para o problema e não sabe mesmo o que fazer pelo aluno, como demonstra a fala da pedagoga de Anderson: *"a mãe parece não aceitar as dificuldades do filho e a escola também não sabe o que fazer para ajudá-lo assim como eu"*.

Essa afirmação da pedagoga mostra a inércia do processo, ou seja, como não há um diagnóstico, não se sabe o que fazer com a criança ou como intervir no seu processo de aprendizagem

---

6 As profissionais da saúde ora usam o termo avaliação, ora usam o termo triagem para a primeira entrevista realizada com o aluno. Na pedagogia e fonoaudiologia é utilizado um teste padrão de competência de cada área de atuação, a fim de identificar o nível do aluno e suas dificuldades. Esse atendimento pode durar mais de uma sessão, e depois de concluída, o profissional dá uma devolutiva ao serviço e à família do aluno, confirmando ou não a queixa realizada pela escola.

O discurso da pedagoga cita três instâncias envolvidas com o aluno: mãe, escola e saúde. O eixo central é o aluno, aquele que precisa de ajuda, é o filho que tem dificuldades e a mãe, a escola e a saúde têm que intervir e não sabem como.

A única certeza, nesse discurso, é a de que o aluno tem dificuldades. Pode-se aplicar aqui o conceito de medicalização trabalhado por Collares e Moyses (32):

A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo. (p.25)

Essa perspectiva explica a necessidade de se procurar um profissional que consiga resolver concretamente o problema do aluno. Mas, na maioria dos casos, o processo entra num ciclo vicioso, cujo problema está centrado na criança e ninguém consegue resolver.

Vale ressaltar que a formação dos profissionais da saúde também deixa a desejar, pois como demonstra o levantamento dos prontuários, são feitos testes psicométricos para avaliação dos alunos, os quais têm sido já bastante questionados por autores como Moyses e Collares (47), Patto(48) e Proença(49) a respeito de sua eficiência, no que se refere ao processo de avaliação dos alunos.

A tendência destes testes é rotular o aluno não apontando as reais dificuldades dele e desconsiderando o contexto social em que este está inserido.

Os profissionais da saúde como no caso de Raquel, Anderson, Gustavo e Joseane ficam também a espera da avaliação do colega ou até mesmo do próprio teste que por si só não avalia a criança de forma adequada

Ainda em alguns casos como os de Anderson e Gustavo o médico da área da saúde solicita raio x de crânio. É de se pensar ou questionar qual a serventia deste tipo de exame. De que forma um raio x de crânio poderia contribuir para um diagnóstico de dificuldades de leitura-escrita?

O aluno é vítima de um sistema impotente no tocante às suas dificuldades tanto no contexto da saúde como no contexto escolar, o que leva ao desânimo a família e, obviamente, o próprio aluno.

Na verdade, o que se vê são alunos retidos em um estado inerte de aprendizagem, servindo para manter ainda mais forte no aluno o sentimento de fracasso e de incompetência.

O contexto é complexo a ponto de a pedagoga da área da saúde assumir que não sabe o que fazer com o aluno. Ela demonstra honestidade em relação às dificuldades e ainda um pedido de ajuda, não querendo arcar sozinha com a responsabilidade da não aprendizagem do aluno.

O olhar sobre o sujeito e seu processo de aprendizagem parece estar centrado numa visão organicista, na busca por um diagnóstico. A zona de desenvolvimento proximal do aluno não é levada em conta e, portanto, o profissional não consegue elaborar estratégias que extrapolem o desenvolvimento real, conforme preconizado por Vygotsky (23).

Propomos que um aspecto essencial do aprendizado é o fato de ele criar a zona de desenvolvimento proximal; ou seja, o aprendizado desperta vários processos internos de desenvolvimento, que são capazes de operar somente quando a criança interage com pessoas em seu ambiente e quando em cooperação com seus companheiros. Uma vez internalizados, esses processos tornam-se parte das aquisições do desenvolvimento independente da criança. (p. 101)

Com base no olhar clínico, educadores e profissionais da saúde parecem desconhecer o que Vygotsky denomina de zona de desenvolvimento proximal. Em geral, a avaliação do professor e dos profissionais da saúde é

centrada no conteúdo adquirido pela criança de forma independente. O que ela é capaz de realizar com a ajuda de outrem (as diferentes relações sociais em que o aluno está inserido) não é considerado como aprendizagem, reafirmando o que Vygotsky (23) aponta:

(...) nunca consideraram a noção de que aquilo que a criança consegue fazer com ajuda dos outros poderia ser, de alguma maneira, muito mais indicativo de seu desenvolvimento mental do aquele que consegue fazer sozinha, (p.96)

O tempo de espera pelo atendimento na saúde, faz repensar sobre a própria dinâmica e estrutura do serviço, o fato das avaliações serem realizadas separadamente contribui para a morosidade no atendimento. Na escola, os professores encaminham o aluno para a saúde e esperam por um retorno, que é lento em decorrência das inúmeras avaliações que devem ser realizadas até que o aluno inicie o atendimento. Desta forma, o processo de intervenção na saúde acaba demorando demais. E, pelo levantamento dos prontuários percebemos que nem sempre os profissionais da saúde encontram um caminho para o desenvolvimento do aluno.

Se a escola não consegue atender as necessidades do aluno seria de se esperar que a saúde proporcionasse outras formas de intervenção, condições de produção mais prazerosas para o aluno, pois o atendimento, em geral, é individual.

Não resolve manter a mesma a intervenção da escola, pois esta já fracassou. Seria de se esperar que a saúde pudesse oferecer um novo caminho, outra metodologia que de fato atingisse as necessidades do aluno, outras possibilidades de desempenho, ou pelo menos, amenizar o sentimento de fracasso deste, como relevando as suas competências e possibilidades.

Não se pode considerar de todo, que nenhum dos alunos tenha algum déficit cognitivo, mas ainda não temos como medir isso e os testes aplicados pela saúde são desde há muito tempo, na área da educação e da psicologia

considerados pouco eficientes. Desta forma, o que parece estar em jogo não é somente as condições socioculturais dos alunos, mas principalmente a formação dos professores e dos profissionais da saúde, levando-se em conta o olhar sobre o sujeito, sobre o seu desenvolvimento e suas possibilidades.

Tem-se então um sujeito que muda de ambiente, ou seja, transita na escola e saúde, mas o processo de intervenção de ambos é o mesmo, então como seria possível ocorrer mudanças no desempenho do aluno?

Parece, então, que estamos diante de uma situação ainda muito complexa que envolve questões anteriores ao fracasso escolar e as dificuldades de aprendizagem, mas que se referem à formação de profissionais e políticas públicas e educacionais.

A própria concepção organicista das dificuldades dos alunos contribuem para a morosidade do sistema, visto que existe a necessidade da avaliação de vários profissionais como o caso de Anderson.

Apesar dos professores entenderem que os profissionais da saúde, podem ser a salvação para as dificuldades encontradas em sala de aula, esses profissionais não possuem um entendimento claro sobre a realidade escolar, sobre as angústias, dificuldades e contexto dos professores e nem sobre a influência do contexto familiar e social nas interações que se dão na escola.

Moyses( 50) coloca que os profissionais da saúde, apesar de tantas pesquisas relacionando o fracasso escolar com como resultado de políticas públicas, na prática ainda tratam os problemas de aprendizagem como resultados somente de doenças e defeitos inerentes as crianças.

#### 4.1.4 - Questões sociais no contexto dos alunos

O serviço social, na sua triagem, caracteriza a composição e a renda familiar, função de cada membro, o tipo de moradia, o desenvolvimento do aluno e sua interação social na família e na comunidade. Mas não há uma intervenção direta para um mapeamento das questões sociais mais amplas que envolvem os alunos.

Obviamente a demanda é muito grande e o tempo fica limitado às informações básicas a fim de se encaminhar o aluno para a área que o serviço social julga mais adequada.

Algumas questões sociais são levantadas como: *pai desempregado, pai agressivo com a família, irmão preso, filho reprimido em casa.*

Nesses casos ou em outros, identificados pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, a intervenção adotada consiste no encaminhamento das mães para o grupo de orientação familiar (OF)<sup>7</sup>.

No caso de Joseane, há um relato de que a situação social poderia estar afetando o desenvolvimento escolar da aluna. Então a conduta foi o atendimento na área de psicologia e o encaminhamento da mãe para o grupo de orientação familiar:

*Relato de que irmão furtou, envolvido com drogas foi preso, está na casa do vô em outra cidade . Tio com a família também roubou está foragido em casa de Joseane, bebe, fumam, relato de que mãe esgotada com essa situação mas ainda não disposta a terapia. Criança mantém contato só com crianças na escola. Esta família possui pouco recurso financeiro, vivem num ambiente pobre, sem estimulação e há uma rigidez imposta pelas questões religiosas. Estes fatos somando-se a dinâmica familiar comprometida e às ocorrências atuais estão afetando o desenvolvimento escolar da criança. Conduta: Atendimento para a*

---

7 Um grupo que se reúne semanalmente com uma psicóloga que aborda questões com intuito de orientar as famílias para uma melhor convivência com a realidade e de forma a contribuir para o desenvolvimento dos filhos.

*criança. Grupo de orientação familiar (se liberar passe)<sup>8</sup>.  
(Psicóloga -relato prontuário)*

Apesar de ter havido um entendimento sobre o contexto do aluno e uma ação concreta, como o encaminhamento da mãe para o grupo de apoio, sabe-se que essas questões não se resolvem prontamente.

Existe a necessidade de se articular e de se repensar as políticas públicas com base numa proposta intersetorial e interdisciplinar para que as questões sociais também sejam alvo de ações no enfrentamento das dificuldades de aprendizagem.

Isolado em um ambulatório, o profissional não tem alternativa a não ser encaminhar alunos e familiares para algum programa do município ou do próprio serviço, o que nem sempre é possível por questões de vaga.

O profissional não consegue perceber as questões que estão além das dificuldades centradas no aluno, por causa da grande demanda e do serviço burocrático. E, ainda, a concepção clínica que se tem sobre o sujeito e a sua realidade social não favorece uma intervenção que leve em conta as possibilidades desse sujeito.

Para Collares e Moyses (21), conhecer o entorno do aluno em seus vários aspectos se faz necessário, para um melhor enfrentamento das dificuldades do educando:

*...conhecer a vida real das crianças, seu ambiente sociocultural, suas habilidades, expectativas, valores, sonhos, suas necessidades e dificuldades ...enfim, sua história deve ser o ponto de partida do ato pedagógico (p.26).*

Freller et al (51) também colocam a importância da reflexão do processo mais amplo em que a criança está engendrada, com um trabalho em conjunto com todos os segmentos que compõe esse processo.

---

8 .Passe escolar para transporte, fornecido pela prefeitura mediante parecer social.

Sabemos que as dificuldades enfrentadas pelas crianças na escola são fenômenos produzidos por uma rede de relações que inclui a escola, a família e a própria criança, em um contexto socioeconômico que engendra uma política educacional específica. Desta forma, todos os segmentos devem ser incluídos no processo de atendimento, apresentando sua versão sobre o problema, refletindo, contextualizando e buscando soluções diversas para cada caso. (p.130)

O relato da psicóloga, no caso de Joseane, que faz alusão às questões emocionais e sociais da criança, como obstáculos ao desenvolvimento escolar desta, traz à tona um questionamento: será que a situação emocional, social e econômica é determinante no processo ensino/ aprendizagem?

Joseane não é a única aluna da sala a ter problemas sociais, familiares e emocionais, nem todos os alunos que se encontram em situações semelhantes apresentam dificuldades no aprendizado.

Machado ( 46) coloca que apesar de tantas questões sociais, orgânicas e emocionais que prejudicam o processo ensino aprendizagem , não é possível estabelecer uma “relação direta de causa e efeito entre problemas emocionais e capacidade de aprender”.p.78

Apesar de os profissionais terem consciência disso, parece que os fatores sociais ocupam um papel primordial como uma das justificativas para o não aprendizado do aluno:

*São pessoas carentes, são pessoas que não tem... um sócio-econômico delas não é assim tão...bem carentes, bem humildes, os pais mal sabem ler e escrever então não tem como auxiliar a lição de casa....A gente tem que tirar mais com o professor da turma do que da família; porque eles não têm interesse e também não têm interesse em ajudar, daí a partir do momento que você entra no meio, que o serviço de saúde chama a família, chamou a mãe conversou tudo, aí a pessoa começa a abrir, que realmente tem dificuldade financeira, que realmente tem seis filhos pra criar. Não sei se o pai do Gustavo bebe, tá então o pouco que vê, quando vê o pai tá alterado, mora no fundo com a vó, sabe então é toda aquela família desestruturada. (entrevista da pedagoga de Anderson, Raquel e Gustavo)*

Como as condições sociais, econômicas e emocionais do aluno parecem não apresentar um prognóstico de mudança, esse fica muito desacreditado de capacidade, ou seja, parece também não haver prognóstico de mudança na sua vida escolar.

#### **4.1.5 - Busca por um diagnóstico**

O dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (9) define diagnóstico como a arte de conhecer as doenças pelos sinais e pelos sintomas. Nessa perspectiva, o diagnóstico abrange a descrição de sinais e de sintomas, os exames clínicos, laboratoriais e por imagem, que propiciam descobrir a causa do problema e a delimitação de um tratamento. Esse modelo tem resultado concreto quando se trata de problemas orgânicos, fáceis de mensurar e não se adapta ao fenômeno das dificuldades de aprendizagem, pois não existe exame que consiga identificar alguma lesão confirmando tal dificuldade. Quando não há um exame palpável, a situação se entrelaça em um emaranhado de hipóteses. É comum um mesmo aluno receber diagnósticos diferentes em um mesmo período de tempo.

É claro que o modelo diagnóstico-prognóstico-tratamento não se aplica à maioria das dificuldades de aprendizagem, então surge o problema. Os profissionais da educação e da saúde não conseguem dissociar esse modelo de sua prática, justificando a busca desesperada por uma explicação palpável para a causa de a criança não aprender.

Essa necessidade de se encontrar uma resposta, uma causa concreta para o problema do aluno começa já na educação. A escola espera que o serviço de saúde apresente um resultado, uma resposta para justificar o fracasso do aluno.

Esse processo ocorre na educação quando, frente às altas taxas de fracasso escolar, se tenta localizá-lo na própria criança, explicando-o por meio de

doenças, isentando-se, assim, de responsabilidade a instituição escolar e o sistema educacional.

Em dois dos relatórios das professoras, pôde-se perceber a necessidade de que alguém consiga explicar o problema do aluno: “*Solicitar uma avaliação psicológica, pedagógica e fonoaudiológica.*” (professora Anderson.)” “*Fazer uma avaliação mais detalhada da aluna.*” (Professora Raquel.)

A escola, na verdade, espera um diagnóstico da saúde com prescrições definidas e detalhadas para enfrentar a questão. Segundo Proença (49), os professores se apoiam no modelo clínico-psicológico que é dado pela saúde, para elaborarem sua concepção do processo de aprendizagem e da explicação que dão às dificuldades de aprendizagem:

A adesão dos psicológicos ao modelo psicologizante ou medicalizante do atendimento à queixa escolar é um fato. Ela é reflexo de uma visão de mundo que explica a realidade a partir de estruturas psíquicas e nega as influências e ou determinações das relações institucionais e sociais sobre o psiquismo, encobrendo as arbitrariedades, os estereótipos e preconceitos de que as crianças das classes populares são vítimas no processo educacional e social (p35).

A pedagoga de Anderson e Raquel tece uma crítica à maneira como os professores rotulam os alunos, afirmando que esses já chegam com um diagnóstico fechado:

*...realmente o professor lá tem 35 alunos em média, e dentro desses 35 alunos em média, às vezes é mais fácil rotular: esse daí tem déficit de aprendizagem, esse tem TDHA, aquele que tem dislexia, quando a gente vai fazer uma avaliação, a gente não pode falar que numa avaliação que ele é dislexo . (entrevista)*

Ao mesmo tempo, busca a solução dos casos mais complicados em alguma causa biológica para determinar sua ação.

*Discutir o caso com psicologia e verificar se é possível fazer uma avaliação psicométrica para constatar seu nível de desenvolvimento e se há algum motivo real para esta defasagem” (entrevista)*

*Na tentativa de juntas (mãe, pedagoga e professora) constatarem se há um motivo real para esta defasagem. (entrevista)*

*...a mãe de Anderson veio conversar comigo...Conversamos e ficou resolvido e agendado uma consulta com a neuro do serviço e como ela tem plano de saúde irá procurar um oftalmo (visão e ortóptica) e um otorrino para fazer audiometria ou ainda processamento auditivo central, se for o caso. (Entrevista)*

Essa tendência é um reflexo do modelo biomédico (citado no capítulo 1), predominante em nossa sociedade.

Os outros profissionais da saúde entrevistados não apresentam uma fala tão explícita no tocante à busca pelo diagnóstico, mas o fato de encaminharem para outros especialistas pode ser explicado como uma necessidade de confirmação de hipóteses e de busca por algo mais, ou seja, biológico, que o aluno possa apresentar e que o profissional julga estar fora de sua competência.

*Tendo conversado com a mãe, julgamos necessário um atendimento psicológico para Joseane. se fortalecer, pois seu emocional está prejudicando a aprendizagem. Será encaminhada". (pedagoga Joseane )*

*Durante triagem percebi que é uma criança bastante infantil e ri com muita facilidade. Sugiro neuro..." (Fono do aluno Leandro )*

Parece comum, entre profissionais da educação e da saúde, justificar as dificuldades do aluno com base em algo palpável, mensurável ou até biológico. Ou seja, os profissionais, em geral, buscam uma causa clínica. Dessa forma, como já foi apontado anteriormente por diferentes autores, não se percebe o aluno, como um todo inserido em um contexto social, específico, o qual pode estar contribuindo para essa situação de conflito ou mesmo de fracasso.

É possível até encontrar, em um relatório profissional, afirmações como a mencionada acima, em que um riso significaria imaturidade; isso seria suficiente para encaminhá-lo a outro especialista, alegando infantilidade do aluno. Essa imaturidade detectada na avaliação seria um problema a ser resolvido pela neurologia. O que pode ter levado o profissional a tal procedimento? Seria a falta

de reflexão sobre sua prática? O excesso de procedimentos burocráticos, ou ainda a busca por um diagnóstico? Enfim, essa conduta parece mostrar a concepção clínica no olhar sobre o sujeito por parte do profissional.

Dos cinco alunos analisados, quatro foram encaminhados para avaliação psicométrica (Raquel, Joseane, Gustavo e Anderson). A equipe da saúde, principalmente o profissional que está atendendo a criança, espera o resultado do teste para decidir a condução do caso. O teste parece ser um divisor de águas:

*“Gustavo estável, aguardando wisc... Conduta: Aguardo psicometria. Manter pedagogia” (neuropediatra aluno Gustavo-prontuário)*

*“Aguardando avaliação psicrométrica”. (pedagoga Gustavo-prontuário)*

Quanto aos laudos psicológicos, Proença (49) escreve:

O laudo psicológico é um parecer técnico, entendido como um instrumento definitivo que atribui às verdadeiras causas de um determinado problema psíquico. Alguns psicólogos acreditam tão cegamente nesse instrumento a ponto de descrever em suas avaliações que a criança é definitivamente deficiente mental leve. As consequências da utilização desse instrumento na escola são as mais diversas, mas, em geral, todas elas contrárias ao fortalecimento do aprendizado e reforçadora da estigmatização já sofrida pelas crianças na escola (p 29-30).

Para a escola, receber um aluno com um laudo, confirmando algum tipo de deficiência, torna-a isenta de qualquer responsabilidade sobre possíveis dificuldades do aluno. Esse fato leva a escola a buscar ajuda na saúde ou nos profissionais especializados. Já para a saúde, o aluno com diagnóstico médico, concebido como um sujeito que precisa de medicamento ou de tratamento ou ainda de indicação de escola especial, seria uma forma de dar uma devolutiva confiável para a sociedade.

Moyses e Collares ( 47) referem-se aos testes psicológicos como resultado da ideologia capitalista, ou seja são elaborados a partir do olhar das

classes dominantes. Para as autoras seja qual for o teste utilizado, a avaliação se dá apenas sobre uma das infinitas formas de expressão que a criança possui, e isso quando a criança aceita se expressar no set onde o teste é realizado.

Patto (48) coloca que os testes psicológicos realizados já partem da base de que o examinado já é portador de uma anormalidade e que os testes vão definir qual é essa anormalidade, patologia. A autora ainda aponta que os testes psicológicos tem sido alvo de vários questionamentos em vários níveis de profundidade.

O laudo psicológico é apenas mais um aspecto a ser relevado na busca pelo diagnóstico que todos procuram com o objetivo de identificar o problema da criança para então iniciar o tratamento.. Essa tendência em esperar e aceitar o laudo como absoluto é decorrente do modelo organicista. Bom seria que uma simples medicação alterasse a capacidade do indivíduo de aprender, como acontece com patologias onde a simples indicação de fármacos é o suficiente para combatê-las.

No caso das dificuldades de aprendizagem, não é tão simples assim, ela envolve uma série de fatores que estão além do orgânico e se localizam no enquadramento de ideologias determinadas pelo estado e pela medicina em nossa sociedade.

Encaminhar para o neurologista faz parte do processo de busca pelo diagnóstico, investigar se existe uma causa neurológica e uma preocupação por parte dos profissionais. Exames de raio x de crânio são procedimentos comuns dos neurologistas assim, como outros exames e prescrições de antidepressivos (como no caso de Raquel) sem uma discussão mais ampla com todos os envolvidos no atendimento da aluna .

Sobre radiografia de crânio, Moyses ( 50) coloca que: “ só é indicada em traumatismo, alterações de forma e tamanho do crânio , suspeita de infecções congênitas e de hipertensão intracraniana”.(p.85). No caso de encaminhamento

para exames como o eletroencefalograma a autora coloca que este é indicado apenas para casos com históricos de crises convulsivas.

Como se pode observar, os casos selecionados nesta pesquisa não apresentam um histórico de suspeitas conforme os indicados por Moyses, o que significa que tais exames não seriam necessários para estes alunos. O fato parece estar relacionado com a busca de uma doença, algum defeito orgânico que justifique as dificuldades dos alunos.

## **4.2 - Relação saúde/escola**

### **4.2.1 - Encaminhamentos**

Identificaram-se, nesse estudo, pais ou os cuidadores intermediários entre a escola e o serviço de saúde. Eles são os responsáveis pela entrega do encaminhamento à saúde.

O encaminhamento é padronizado pelo serviço de saúde, ou seja, este delimita as informações o qual julga necessárias, como queixas e condutas da escola. São apontados aqui a visão dos profissionais da saúde e dos professores sobre os critérios para elaboração dos encaminhamentos

#### **4.2.1.1 - Percepção dos professores sobre os encaminhamentos**

Quanto aos critérios do encaminhamento, todos os professores relataram que, antes de qualquer decisão é realizada uma avaliação diagnóstica no primeiro bimestre, para depois se fazer o encaminhamento para a saúde . O termo diagnóstico é utilizado pelos professores, o qual pode ser atribuído a um reflexo da influência do modelo biomédico na educação.

*...nós professores, geralmente, fazemos um diagnóstico com a criança, através da observação, do comportamento, vendo que há alguma deficiência alguma dificuldade na aprendizagem, nós encaminhamos. (Professora do aluno Gustavo-Entrevista))*

*Quando por exemplo, uma criança que chega pra gente no primeiro bimestre, no primeiro bimestre ainda é muito cedo né? Pra gente perceber se a criança tem ou não, se precisa de algum encaminhamento né, mas no segundo bimestre (...). (Professora Raquel-entrevista)*

*A gente começa o ano, já vai fazendo a sondagem, planejamento para fazer com o aluno, então a gente vai vendo que cada aluno já sabe como lidar com tudo aquilo e aí a gente vê essas dificuldades (...). (Professora Anderson.-entrevista)*

*Em relação à aprendizagem, no início do ano, nós fazemos um diagnóstico (...). (professora de Leandro- entrevista)*

Dois dos professores entrevistados citaram a importância de se avaliar o aluno a partir de diferentes olhares, ou seja, quando há um consenso do grupo de professores pra o encaminhamento para a saúde:

*...então a gente procura olhar as crianças em todos os aspectos, e nunca é feito, assim: mora com a família eu acho que tem que encaminhar eu já encaminho. Não, senta, quando vai encaminhar uma criança como é por área, 'como que ela está com você?' ! E com você?', então há um consenso do grupo pra encaminhar" (professora de Joseane.)*

*(...) então procuro olhar vários aspectos não só o conteúdo". (Professora de Anderson-entrevista.)*

Dois dos professores abordaram as questões de comportamento como critério para o encaminhamento:

*"...ou se ela tem algum comportamento que sai do padrão". (Professora de Raquel.)*

*"Em relação a interação, crianças agressivas , que não conseguem agir de acordo com as regras da sala de aula, da escola também são encaminhadas". (Professora de Leandro)*

Outros profissionais abordaram as dificuldades de leitura, de escrita e de raciocínio lógico-matemático:

*(...) quando eu falo que não acompanha, não é uma coisa pouca, significativa, numa quarta serie, a gente espera que uma criança chegue com uma escrita razoável, coerente que saiba as operações, agora uma criança de onze anos não conseguindo juntar três mais quatro, que não consegue fazer correspondência termo a termo (...) (Professora Joseane-entrevista)*

*(...) se a criança não está... Ela está com muita dificuldade de... nas letras, de memorizar as letras, principalmente a leitura do alfabeto, ou se ela tem uma dificuldade no envolvimento com a fala ou se ela tem algum comportamento que sai do padrão. Daí a gente encaminha essa criança. (Professora de Raquel-entrevista)*

*(...) vê se a escrita o raciocínio, o pensamento matemático, a relação que tem comigo, com outros alunos (professora de Anderson-entrevista)*

*(...) as crianças que ou não usam letras ou que ou tem um registro muito diferente daquilo esperado pra iniciar a primeira série, eles são encaminhados. Então vamos supor se eles apresentarem traços, escrita pictóricas, e nenhum registro de símbolos da escrita, então já são crianças que já são observadas e se não tem uma aprendizagem significativa durante um determinado período, vamos pensar: um mês e meio, dois meses e meio na primeira série a gente já encaminha. (professora de Leandro-entrevista).*

Identifica-se, nessas falas, uma preocupação em não se encaminhar desnecessariamente. As professoras apresentam em suas falas uma certa ênfase no fato de que o encaminhamento só é feito quando não se encontra possibilidades do ponto de vista pedagógico, o que pode refletir, até certo ponto, as dificuldades dos professores em solucionar ou encontrar novas formas de entender as necessidades específicas dos alunos.

#### **4.2.1.2 - Percepção dos profissionais da saúde sobre os encaminhamentos**

Para os profissionais da saúde, alguns dos encaminhamentos que recebem são elaborados sem uma investigação mais precisa e atribuem esse fato à necessidade de as professoras terem uma segunda opinião sobre os casos. As pedagogas e a fonoaudióloga apontaram o grande número de alunos por sala como um obstáculo para uma avaliação mais assertiva:

*"Eu acho que falha um pouco quem quer, ou realmente as classes são numerosas e às vezes não dá conta, agente não pode, não dá pra julgar, fica difícil né?" (Fonoaudióloga aluno Leandro - entrevista)*

*"eles não têm esse critério de onde parou a aprendizagem ai, porque são muitas crianças, a sala é numerosa, muitas vezes a professora nem consegue chegar nesse ponto, ela vê que não está acompanhando, já pede socorro". (Pedagoga aluno Leandro - entrevista)*

A realidade desse município é de 35 crianças no máximo, em cada classe, mas a média varia entre 25 e 30 alunos, o que ainda pode dificultar o processo de intervenção dos professores, desencadeando limites para concretizar práticas educativas mais efetivas, embora em outros municípios a realidade de sala de aula seja ainda pior, com um maior número de alunos por classe.

O número de alunos por classe é apenas mais um fator que sobrecarrega o professor e dificulta o processo de intervenção nos alunos que não respondem conforme a maioria. A falta de formação continuada, de motivação entre outros contribuem para uma prática profissional menos autocrítica.

É necessário rever o ensino e também a prática cotidiana do professor. A reflexão sobre suas ações ajudaria bastante a repensar conceitos fortemente cristalizados, passíveis de serem desconstruídos.

Muitos alunos encaminhados são dispensados pelos profissionais da saúde por estes entenderem que o problema pode ser resolvido no próprio espaço escolar.

Esses encaminhamentos considerados desnecessários pelos profissionais da saúde atrasam o atendimento de crianças que realmente necessitam de uma intervenção.

As crianças dispensadas do atendimento podem se tornar um desafio para a educação, pois, se a escola encaminhou para a saúde, é porque não havia respostas para as suas dificuldades; se o aluno retorna para a escola sem

atendimento por parte da saúde, os professores podem ficar sem um norte ou sem a orientação esperada para o caso.

Nesse contexto, talvez fosse interessante a saúde dar uma devolutiva à escola, uma orientação ao professor com o objetivo de explicar a necessidade ou não do atendimento.

Mas esses alunos também podem ter sido vítimas de um encaminhamento feito sem uma reflexão mais aprofundada por parte do professor, que, muitas vezes, necessita apenas de uma segunda opinião.

A psicóloga acredita que o número de casos encaminhados é grande, mas, dentre esses casos, a maioria precisa de atendimento no serviço:

*O que tem acontecido é que infelizmente a quantidade de encaminhamentos que a gente recebe é muito grande mesmo, a grande maioria precisa. (entrevista)*

Ela aponta alguns encaminhamentos precoces, considerados como um problema da própria sociedade que patologiza comportamentos normais, por exemplo, em relação ao luto. O fato de um familiar do aluno falecer é suficiente para a escola encaminhar a criança para a saúde quando, na verdade, deveria respeitar o tempo de luto da criança e intervir naturalmente:

*...mas você conversando com a criança você vê que não tem nada de psicopatológico, existe algo que está sendo acomodado ali dentro e que está dentro dos padrões de normalidade. (psicóloga-entrevista).*

Como já foi abordado, alguns professores acreditam que os profissionais da saúde possuem competência para julgar as dificuldades do aluno, mas, com medo de errar, de ficar com aquele que realmente necessite de intervenção de um especialista, encaminham –no sem critérios definidos.

Nessa situação, pode-se pensar na possibilidade de o professor ter um espaço para trocar ideias, experiências, angústias e informações. Será que um

contato com saúde ajudaria o professor sentir mais segurança e competência em relação as dificuldades do aluno?

Com base na discussão e nos relatos, é possível perceber os profissionais da saúde considerarem que os encaminhamentos dos professores são, às vezes, desnecessários e sem muita consistência. Eles são conscientes das dificuldades dos docentes como o número de alunos por classe, mas consideram que alguns problemas poderiam ser resolvidos em sala de aula ou com os próprios recursos da escola.

Já os professores alegam que não fazem encaminhamentos para a saúde sem uma reflexão sobre o caso, ou seja, não encaminham sem uma discussão prévia sobre as dificuldades do aluno.

Professores e profissionais da saúde apresentam diferenças de entendimento sobre os encaminhamento no seu cotidiano profissional. Para os professores esses encaminhamentos, como ja foi citado pode ser a única ou última solução para o enfrentamento das dificuldades de aprendizagem.

Já para os profissionais da saúde os encaminhamentos trazem a queixa e uma possibilidade de diagnóstico, para o qual eles deverão encontrar soluções. Como estes profissionais se encontram na saúde e não na escola, o *status* é outro, estão em um lugar de destaque , pois darão o veredito final sobre o aluno e a conduta a ser adotada. Nesse sentido Collares e Moyses (21) afirmam:

(...) os profissionais da educação rebaixados na escala social, com salários aviltantes, sentindo-se incapazes, expropriados de seu saber, prontos a delegar seu espaço, a submeter-se a uma nova orde. De outro lado, profissionais da saúde, que ignoram sua própria ignorância sobre escola, processo enisno –aprendizagem, função social da educação e por isso mesmo, se apresentam com o discurso de competência. p.25.

#### 4.2.2 - Relatórios escolares

Os relatórios escolares se constituem como principal canal de comunicação entre escola e saúde. Normalmente é o serviço de saúde que solicita o relatório da escola, no início e no decorrer do atendimento para verificar o desenvolvimento do aluno.

Cada área de atendimento do serviço de saúde faz um relatório semestral, constando a evolução do aluno, o qual fica anexado ao prontuário da criança.

É importante ressaltar que somente os prontuários do serviço de saúde é que foram considerados. Os relatórios enviados pela escola estavam presentes nesses prontuários.

Os relatórios dos profissionais da saúde são, em geral, sucintos, abordam basicamente as dificuldades dos alunos, o nível de desenvolvimento e levantam alguns aspectos relativos à interação social.

Dos relatórios analisados, enviados pelas escolas, só houve um mais detalhado (da professora de Anderson) que se preocupou em relevar os diversos avanços do aluno em vários aspectos, junto com as dificuldades apresentadas, além de descrever a preocupação da equipe escolar com ele:

*Estamos acompanhando todo o processo de aprendizagem, os avanços e as dificuldades, discutindo métodos, estratégias com todos os profissionais da escola. Todos os projetos de reforço, atendimento, recuperação paralela sempre são oferecidos ao aluno. Mesmo com todos estes esforços, é um aluno que apresenta pouco progresso e este ano não foi autorizado a participar do reforço, mas sua mãe continua presente e acompanhando o seu rendimento escolar.*

Somente em dois relatórios enviados pela escola (Joseane e Anderson) há registro de como se dá o envolvimento da família na vida escolar do aluno.

*...a mãe demonstra muito interesse pela vida escolar da aluna e participa de todas as reuniões." (Relatório escolar de Joseane-prontuário)*

*"...mas sua mãe continua presente e acompanhando o seu rendimento escolar". (Relatório escolar de Anderson-prontuário)*

Em um dos casos (Leandro), não foi encontrado relatório da escola, que pode ser um indicativo de dificuldade de diálogo entre as áreas da saúde e da educação. Percebe-se que a escola só envia o registro da evolução quando solicitado.

Não é comum a escola solicitar algum tipo de relatório do serviço de saúde. Dos casos estudados, somente se pôde encontrar uma solicitação da escola (no caso de Anderson):

*...diante do relato acima, gostaríamos de um parecer sobre o atendimento realizado pelos profissionais do serviço ao aluno.*

#### **4.2.3 - Percepção dos profissionais sobre os sujeitos e suas famílias**

Pelas entrevistas, foi possível identificar o olhar dos profissionais sobre os alunos.

Na maioria dos casos, há um consenso na percepção dos profissionais sobre os alunos no tocante ao aprendizado, à interação social, às características das famílias e ao envolvimento delas na vida do aluno.

Em dois casos, o olhar dos profissionais da saúde e da professora<sup>9</sup> sobre os alunos diferem bastante. Importante salientar que as entrevistas foram realizadas no mesmo período: último bimestre de 2008.

---

9 Será utilizado o termo professora quando se referir ao profissional da escola e pedagoga, fonoaudióloga ou psicóloga quando se referir ao profissional do serviço de saúde.

No caso de Raquel, a professora apontou as grandes dificuldades da aluna, porém deu ênfase à melhora significativa que ela alcançou no segundo semestre:

*...aí depois agora na última reunião de pais a mãe dela falou que ela já estava começando a tomar o remédio. Provavelmente tem alguma coisa a ver, porque eu percebi que ela melhorou na aprendizagem também, eu percebi que ela melhorou. Então agora ela já está conseguindo a ler algumas palavras, algumas palavras de textos, de textos pequenos que antes ela não conseguia. Ela lia hoje, amanhã ela esquecia, hoje ela está conseguindo ler, e ela lê. Ela grava as palavras, e no outro dia ela lê de novo as mesmas palavras. E ela está conseguindo escrever também pequenos textos, faltando letras ainda com dificuldade porque ela ainda passou o ano todo com toda essa dificuldade né, mas já está escrevendo. Muitas palavras já são corretas como: dá, uma, árvore; ela não coloca o r, mas ela escreve avore, então já melhorou muito, já melhorou bastante*

Já para a pedagoga de Raquel, a família se conscientizou da necessidade do atendimento, mas, mesmo assim, a aluna não apresentou melhora alguma: "*Então você vê a Raquel também é outro caso que preocupa muito porque não teve progresso algum, então você... assim... pode ser que tenha alguma coisa*".

No caso de Anderson, uma situação similar também acontece, a professora não nega as dificuldades do aluno e a impotência em lidar com elas, mas deixa sempre bem claro que ele apresenta alguma evolução:

*Hoje ele conhece todas as cores, hoje ele sabe o nome de todas as letras, identifica alguma sílaba se você chamar pra fazer um ditado, você silabando ele consegue. Os numerais, ele conhece, faz adição simples, subtração com pouco de ajuda... Ele quer fazer atividade de cópia, copiar da lousa, copiar de livro e copiar a resposta, ele não quer pensar, ele quer se isolar, não deixa ser ajudado, não aceita e fica complicado, eu me sinto muito frustrada.*

Já para a pedagoga de Anderson (a mesma de Raquel), ele não apresentou nenhum progresso:

*Lendo o relatório quando ele tinha 7 anos e lendo o relatório agora é a mesma criança, não teve progresso algum, ta começando*

*agora, conheceu algumas letras, mas é muito aleatório, uma coisa assim, que ele memorizou. Que ele decorou, né? Não que ele sabe agora, ele sabe o b , mas ele não sabe que b com a é ba, não assim, ele não memoriza nada, a dificuldade dele é muito grande .*

A diferença de olhar sobre o sujeito e seu processo de aprendizagem, por parte das professoras e da pedagoga, no caso de Raquel e de Anderson, é muito relevante. A pedagoga da área da saúde, em tese, teria mais condições de identificar aquisições e promovê-las. O profissional da saúde, do qual se esperaria formação especializada para o atendimento à criança que apresentasse algum déficit ou alguma necessidade específica ou que apenas não respondesse adequadamente à metodologia da escola, a postura pareceria ser de menos tolerância e de rotulação da criança.

Era de se esperar que a saúde pudesse lidar melhor com a dificuldade dos alunos e que visualizasse o desenvolvimento como um processo a ser construído ao longo da vida, dependendo das condições sociais em que o sujeito estivesse inserido. Mas, parece que a saúde espera respostas mais rápidas e produtivas, visualizando o desenvolvimento como um produto e não como um processo.

O aluno é o mesmo, mas os olhares sobre o sujeito, ou seja, a concepção de sujeito e de desenvolvimento/aprendizagem é diferente, conseqüentemente as abordagens serão também diferentes, o que nos remete a um questionamento sobre o significado de um trabalho desenvolvido na escola e do atendimento realizado pelo pedagogo na área da saúde. Se o aluno não aprende, não progrediu nada, (do ponto de vista do pedagogo da saúde) porque ainda está no atendimento?

#### **4.2.4 - Percepção dos profissionais sobre a relação saúde/escola**

Algumas lacunas são identificadas nessa relação, por exemplo, a comunicação deficiente no caso de Anderson.

Quando foi desligado do serviço por causa das faltas, a escola não foi notificada pela família nem aparentemente pelo serviço de saúde<sup>10</sup>. Assim, para a escola, Anderson estava sendo atendido e, somente quase um ano e meio após o desligamento, percebeu que o aluno já não frequentava o programa de saúde e buscou saber o que havia acontecido. A coordenadora da escola foi até a unidade e solicitou o histórico do atendimento, mas o serviço de saúde já havia guardado as informações referentes ao primeiro encaminhamento no arquivo morto.

Tal procedimento mostra uma falha na comunicação entre escola e saúde, pois se aquela tivesse sido comunicada a respeito das faltas ou da desistência do aluno, ou se houvesse acompanhado de perto o desenrolar do atendimento, o fato poderia ter sido rapidamente resolvido.

Pode-se questionar:

A professora não percebeu que o aluno não estava em atendimento? Ela deveria perguntar à família sobre o atendimento na saúde? A professora deveria entrar em contato com a saúde para buscar informações sobre o atendimento?

Por outro lado, o serviço de saúde não deveria ter investigado a causa das faltas antes de cancelar o atendimento e, ao fazê-lo, a escola não deveria ter sido comunicada diretamente?

E a família, porque não comunicou as faltas e o cancelamento à escola? Provavelmente por ter tido dificuldade em frequentar o atendimento e, imaginando que a escola não aprovaria tal decisão, preferiu não avisar para não ser cobrada.

---

10 No prontuário do aluno, constava somente o recebimento do comunicado do cancelamento assinado pela família.

As dificuldades familiares no dia a dia em acertar horários de trabalho e escola dos filhos, entre outras coisas, disponibilidade financeira e de tempo podem ser consideradas. Escola e saúde deveriam estar mais unidas nesse processo.

O percurso do aluno na área da saúde é também moroso, ou seja, a família precisa se deslocar inúmeras vezes até se definir o tipo de atendimento adequado ao aluno, o que gera tempo e gasto financeiro para as famílias que, em geral, são de baixa renda.

Pelos registros, observou-se que só existe comunicação entre o serviço de saúde e a escola quando é necessário ou por iniciativa do profissional (professor ou profissional da saúde). Por vezes, a escola busca o contato por não encontrar alternativas para o aluno, necessitando de informações complementares para a solução das dificuldades em sala de aula. Ou, ainda, por ocasião do final do ano, em que o parecer da saúde é importante para a avaliação e a decisão da aprovação ou não da criança.

A relação escola e serviço de saúde parece acontecer basicamente pelos relatórios que se limitam a um ou dois por ano, ou por telefonemas que pouco esclarecem sobre as condições de aprendizagem do aluno.

A seguir, serão focadas as percepções dos profissionais da saúde e da educação sobre a relação saúde /escola:

#### **4.2.4.1 - Percepção dos profissionais da saúde sobre a relação saúde/escola**

Para os profissionais da saúde, com exceção da pedagoga dos alunos Gustavo, Anderson e Raquel, a relação saúde/escola é muito boa. Dentro dos limites que possuem, acreditam que conseguem se interar e que seu trabalho contribui e completa a sala de aula. Relatam que estão sempre à disposição para detalhar o atendimento, esclarecer dúvidas e orientar os professores

*Eu acho que a gente se comunica bem, porque se tem uma criança em questão a escola está sempre entrando em contato*

*com a gente. A gente também quando chega uma criança que a gente não tem muita informação, a gente liga lá, fala com a coordenadora, que com a professora já fica mais difícil, ou ela tá em aula, ou ela já não está naquele período." (pedagoga de Leandro-entrevista.)*

*Eu acho que tem uma boa interação, né? Interage bem com a escola, a escola liga, ou então vira e mexe a gente precisa de uma informação... e eu acho que dentro das possibilidades nossas a gente consegue.... (Fonoaudióloga de Leandro-entrevista).*

Os contatos com a escola se limitam, na maioria das vezes, com a coordenadora que, numa situação mais emergente, se desloca até o serviço de saúde. Em geral, isso acontece quando a escola necessita de mais detalhes sobre o atendimento, mas normalmente o contato é via telefone.

A psicóloga cita a questão da demanda e do serviço burocrático, os quais impedem a interação saúde /escola de forma mais pontual:

*Se a gente não tivesse uma quantidade de lista de espera tão intensa, a gente com certeza conseguiria fazer um trabalho melhor, mas naquilo que é possível eu não tenho tido dificuldades e sempre que eu preciso da escola, eu ligo e sou prontamente atendida e posso dizer com o município inteiro.*

Ela percebe que essa relação não é sistematizada, mas acontece e com mais frequência, quando uma das partes necessita de informação para complementar seu trabalho. Apesar desses entraves, a psicóloga está satisfeita com a relação atual, salientando que pode ser melhorada:

*...só que infelizmente acontece nos casos em que alguém grita, ou a gente grita, ou eles gritam, a gente não consegue sistematizar isso, né, e realmente quando "olha eu não estou conseguindo, me ajuda aí?". Aí lógico a gente pára o que está fazendo, a gente abre uma exceção, mesmo que não vou atender essa criança essa semana, mas vem pra cá, ou a gente fala por telefone. A gente geralmente resolve as coisas por telefone . (psicóloga)*

*... Eu acho que perfeito não é, poderia ser melhor, mas no ritmo de trabalho que a gente tem, eu acho que a coisa, pelo menos no meu ponto de vista eu tenho ficado satisfeita quando eu preciso e toda vez que sou procurada eu respondo também. Eu realmente vejo que não é sistemático como deveria. (psicóloga)*

A pedagoga de Gustavo, de Raquel e de Anderson discorda de suas colegas, pois, para ela, não existe tal relação. Essa profissional considera que os dois serviços trabalham isoladamente, com objetivos comuns, mas com percepções diferentes. Ela mostra as dificuldades institucionais de se fazer um bom serviço, como a falta de material e a impossibilidade de se realizar um trabalho integrado, por causa da grande demanda e da falta de viabilização por parte das duas secretarias:

*Educação é um órgão totalmente diferente, a saúde lida mais com a saúde de cada um, a educação tá preocupada com o desenvolvimento da criança, então o fluxo da saúde que não tem ligação com a educação, porque a gente trabalha com crianças da educação, mas nós somos saúde.*

*Então de vez em quando a gente consegue abrir um espaço, aonde coordenador ou a professora vem até nós ou a gente vai até ela. A demanda é muito grande. E até assim, demora muito porque é difícil da gente ter um horário, porque a gente tá aqui, o dia inteiro, ora, tem gente sempre vindo fazendo avaliação de crianças novas...a saúde não sabe o que a educação precisa e vice-versa... eles tão pensando em aparelhagem , né, de saúde, pensando em remédio, em coisas de saúde e não de educação.*

O discurso acima sugere que a dificuldade maior na interação saúde/educação, mais especificamente entre o serviço de saúde e a escola, se situa no âmbito das políticas públicas.

A profissional aponta duas estruturas às quais os serviços da educação e da saúde estão subordinados: Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde. Pelo depoimento, as duas secretarias não trabalham em conjunto e uma não mostra muita clareza das ações da outra.

Collares e Moyses (21), ao se referirem à integração saúde/educação, apontam a necessidade de que esta "*pressupõe a existência real de sistemas competentes e comprometidos politicamente com a classe trabalhadora*" (p.28), mas se considera ainda que deve ser o resultado de um esforço interdisciplinar.

#### 4.2.4.2 - Percepção dos professores sobre a relação saúde/escola

As professoras foram unânimes ao afirmarem que a interação saúde/escola não acontece. Elas apontam os relatórios que elas fazem como única ponte entre os dois serviços e não recebem nenhum tipo de devolutiva ou de informação sobre o atendimento dos alunos. Sentem necessidade de serem ouvidas e, ao mesmo tempo, de receberem orientação de como proceder com o aluno e até saber o que está sendo trabalhado.

Elas citam desconhecer, inclusive, as áreas em que os alunos estão recebendo atendimento:

*Eu tenho uma expectativa sim, de que eles me mandem alguma ajuda em relação ao meu trabalho com a R. Porque às vezes a gente sente essa necessidade. Porque eu dou lição pra ela de reforço e... Mas eu não sei se estou indo na direção certa. (Professora Raquel.)*

*... a criança vai pra lá, a gente faz um relatório, mas a gente não tem nenhum respaldo, não volta. De repente... a psicóloga lá, a pedagoga, não tem um nome, não tem uma pessoa pra gente olha ligar "e a Joseane. como que ela está?" (Professora Joseane.)*

*"A única relação que eu tenho é quando vem pedido de encaminhamento para descrever como Anderson está.... até falar dessa angústia que eu tenho do Anderson. não ta aceitando ajuda, desse bloqueio que ele tem, dele já não aceitar, dele não querer fazer. Se alguém pode me dar uma outra orientação no jeito de eu trabalhar com Anderson., ver se ele vai se soltando de uma outra forma." (Professora Anderson.)*

*"O que está sendo feito eu acho que precisa ter mais, mais contato, mais trocas entre a saúde e educação....eu acho que ainda é pouco, entende, está contribuindo, mas precisa mais". (professora Gustavo.)*

Embora a professora tenha relatado que o atendimento no serviço de saúde produziu um resultado satisfatório e que, pela sua ótica, o aluno até poderia ter alta, ressalta que desconhecia o conteúdo trabalhado com ele na saúde, sem nem saber quando seria liberado do serviço. *"Eu vejo que não tem mais*

*necessidade, mas eu não sei os objetivos de lá, e também não sei o que eles esperam da escola". (Professora de Leandro)*

Percebe-se que só há algum diálogo efetivo entre as áreas quando uma das partes necessita de informação que complementem as condutas a serem realizadas com o aluno. Não há um trabalho em conjunto, cada área (saúde e educação) trabalha isoladamente.

As informações, as impressões e o conhecimento que o professor adquire no dia a dia com o aluno podem contribuir significativamente para a intervenção dos profissionais da saúde. Por outro lado, para a escola, acompanhar o desenvolvimento do aluno no serviço de saúde, também contribui para novas percepções sobre ele, as quais podem gerar novas práticas metodológicas.

Mas não basta haver um diálogo, é necessário, como relatam Proença e Souza (52), que as áreas se complementem com troca de informação e de discussão teórica, conhecendo a realidade, as angústias, os limites e as possibilidades de cada uma.

O aluno encontra-se no meio dessa interação e deve ser olhado por ambas as áreas como parte de um sistema social mais amplo, para que se possa elaborar hipóteses conjuntas no enfrentamento do problema, suspendendo preconceitos e diferenças, levando em conta as dificuldades e as limitações de cada área.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que as considerações aqui apontadas foram realizadas mediante a análise de dados do estudo de cinco alunos, considerados com dificuldade de aprendizagem, com o objetivo de levantar indicadores que possam contribuir para a viabilização da interação saúde/escola.

Dos cinco alunos selecionados para esta pesquisa, três ainda não reconhecem letras nem números e apresentam dificuldade na interpretação de textos e no raciocínio lógico-matemático. Estão longe dos padrões esperados para a idade. Casos como o de Joseane e o de Anderson, que estavam no serviço de saúde há mais de 4 anos (na época da coleta de dados), sem uma aparente evolução, trazem à tona grandes questionamentos.

Esses alunos não tiveram nenhum problema biológico identificado em algum tipo de exame. Participam do atendimento na pedagogia do serviço de saúde, recebem atenção individualizada na sala de aula, com atividades diversificadas, reforço escolar e, mesmo assim, pouco avanço é notado. A esperança para esses casos está alicerçada no resultado do teste psicométrico a que foram submetidos, o que confirma uma concepção clínica do sujeito, centrada na busca de uma doença.

Se tais testes apresentarem resultados que confirmem algum grau de deficiência, tanto o serviço de saúde quanto a escola podem se isentar da responsabilidade do êxito do aprendizado formal desses alunos. E, com tal diagnóstico, talvez sejam encaminhados para alguma escola especial, mantendo-se a inserção no ensino regular.

Nessa perspectiva, podemos levantar algumas considerações no sentido de esclarecer o contexto da interação saúde e escola no que diz respeito a esses alunos.

Pode-se destacar o estado de impotência em que professores e escola apresentam diante dos casos em que os alunos não correspondem ao esperado pela escola.

Numa das idas a uma das escolas para entrevistar uma professora, chamou-nos a atenção a fala da diretora: "*Nós amamos Anderson, por favor, vê se você consegue uma luz no fim do túnel pra gente*".

Os professores mostram-se imensamente frustrados, angustiados e até inúteis quando os alunos encaminhados não conseguem atingir os objetivos traçados para a classe. A "anormalidade" desses alunos os inquieta e, por meio de suas práticas pedagógicas, almejam que eles estejam dentro dos padrões esperados para a série em questão.

Eles anseiam, então, por um diagnóstico dos profissionais da saúde com receitas prontas e resultados rápidos. A impressão que se tem é que se o aluno receber um diagnóstico, um laudo que comprove sua dificuldade em aprender, isenta a escola de ser responsável pelo fracasso escolar do estudante. Há de se perguntar se, diante de um laudo confirmando algum tipo de deficiência ou de distúrbio de aprendizagem, o empenho do profissional da saúde e da escola por esse aluno continuará sendo o mesmo e o que mudaria, em termos de intervenção, tanto da parte da saúde quanto da escola?

Ao atribuir o fracasso escolar exclusivamente ao aluno, a escola isenta o sistema educacional e até as políticas públicas de assumirem sua deficiência no atendimento a essas crianças.

Apesar de o profissional da educação depositar sua esperança na busca de diagnóstico e de tratamento adequados, oferecidos pelo profissional da saúde, uma vez que o considera mais capacitados, o professor deseja um trabalho em conjunto. Espera que o profissional da saúde possa legitimar sua prática pedagógica, mediante retorno e orientação periódicos.

O professor sente necessidade de expor sua angústia, de compartilhar sua dúvida e o resultado obtido pelos alunos com os profissionais da saúde. Mas esta interação não acontece. Cada profissional, em especial no âmbito da saúde, atua isoladamente, esperando sempre que a solução para as dificuldades da criança apareça em outra área ou a partir dos testes e dos exames

O serviço de saúde pesquisado conta com uma boa aparelhagem e equipe multidisciplinar, mas apresenta atendimento clínico, com procedimentos isolados. Parece não haver um trabalho interdisciplinar, em que o sujeito seja avaliado pela equipe de forma conjunta. A dinâmica do atendimento na saúde leva a família e o aluno a tramitarem por várias áreas antes de iniciar de fato o atendimento.

A maioria dos profissionais da saúde entrevistados considera boa a relação entre as duas áreas (saúde e escola), admite, porém, que os obstáculos institucionais, como a grande demanda de alunos e de serviços burocráticos, impedem-no de uma relação mais sistemática. Somente uma pedagoga da saúde alegou não haver integração entre as áreas e que a saúde não compreende as questões educacionais.

Talvez esses obstáculos sejam justificativas para certa acomodação do profissional da saúde em restringir sua ação somente no âmbito institucional, pois a avaliação e o atendimento dos casos passam a ser prioridade. Somente quando há uma necessidade mais acentuada é que ocorre um diálogo mais intenso com a escola.

Pode-se perceber que os profissionais da saúde desconhecem o espaço escolar em que o aluno está inserido, não possuem conhecimento da realidade e das angústias do professor e da escola ao lidar com as questões de aprendizagem.

O cotidiano escolar não é absorvido, nem as relações sociais e econômicas com as quais o aluno se defronta. Quando a maioria dos

profissionais da saúde relata que a relação entre ambas as áreas é boa, mostra-se visível o desconhecimento da situação em que o aluno se encontra na escola, e das dificuldades do professor dentro da sala de aula.

Os profissionais na saúde na sua grande maioria não apresentaram em suas falas uma necessidade maior em conhecer a realidade da prática escolar vivenciada pelos alunos. A prática do profissional da saúde está alicerçada numa visão mecanicista, na qual o profissional cumpre a sua parte, a sua obrigação, como um operário na construção de um prédio sem ver o produto final

Essa busca por um diagnóstico está presente nas ações do profissional da saúde ao encaminhar os alunos para as várias áreas. Existe a necessidade de se eliminar todas as possíveis hipóteses de uma patologia ou de distúrbio orgânico/biológico, ou de comprovar qualquer hipótese desse tipo, tentando encontrar um nome para o problema do aluno que justifique a sua dificuldade no processo de aprendizagem.

A grande questão é que nem sempre se encontra um problema visível, uma causa, uma explicação palpável que justifique a dificuldade de aprendizagem, diferente de outros tipos de doenças que podem ser facilmente identificadas nos exames clínicos ou laboratoriais, pelos quais se consegue ter um diagnóstico, um tratamento e um prognóstico do quadro.

No caso de criança com dificuldade de aprendizagem isso não acontece, pois o resultado de exames sempre é muito subjetivo, atribuído normalmente a muitas variáveis, como desnutrição, estabilidade familiar, econômica e social. E se essas variáveis não podem ser modificadas, o que fazer então com esse aluno?

Enquanto o profissional da saúde espera pela avaliação de outros especialistas, sem um diagnóstico fechado o aluno continua inserido na escola, muitas vezes, sem uma intervenção que dê conta de suas dificuldades. Dessa forma, o tempo continua correndo e o aluno fica marcando passo, fazendo número

na sala de aula. Já o professor, às vezes busca ajuda na tentativa de melhor atender este aluno, mas dependendo da situação a frustração se instala para ambos (aluno e professor).

Esperar os fatores extraescolares se modificarem parece pouco razoável, uma vez que o ambiente social no qual esse aluno está inserido não será alterado facilmente e, em geral, não favorecem sua aprendizagem. Então, quais seriam as possibilidades de intervenção por parte da escola e da saúde para ajudar esse aluno encaminhado com queixa de dificuldade de aprendizagem no seu dia a dia de sala de aula?

Talvez um dos caminhos seja a integração, de fato, entre as diferentes áreas, propondo-se um trabalho conjunto, sistemático, interdisciplinar.

Tendo o mesmo aluno como sujeito da interação, não faz sentido cada área trabalhar isoladamente. Uma melhor integração, com certeza, pode prevenir e tratar situações que visem ao aluno por inteiro, não apenas o seu conhecimento acadêmico, mas a formação de um cidadão consciente de seus direitos e de seus deveres e com condições de construir expectativas futuras como sujeito de sua própria história.

Um trabalho em conjunto mais eficiente não terá êxito, sem que todos os atores envolvidos no processo ensino/aprendizagem façam parte da elaboração dessas ações no sentido de integração das duas áreas.

Cabe a esses órgãos promoverem situações que propiciem reflexão sobre a importância da interação saúde/escola, levando-se em conta como profissionais, alunos e familiares concebem e percebem essa interação e os fatores que a permeiam.

Trabalhos como o de Juliana Nutti (53), podem ser tomados como exemplo para novas organizações que promovam intersectorialidade entre educação e saúde. A autora tomou como ponto de partida a concepção dos

profissionais (saúde e educação) e dos familiares envolvidos com os alunos a respeito da referida concepção sobre integração saúde/educação, fracasso escolar e distúrbios de aprendizagem, para poder formular reflexões importantes no subsídio de novas alternativas de intervenção, nas questões relativas ao fracasso escolar.

A autora afirma ainda que qualquer mudança só obterá sucesso se for do ponto de vista dos envolvidos diretamente com o aluno, ou seja, se partir daqueles que realmente estão na frente. Portanto, a mudança deve ser em nível horizontal. Os maiores contribuintes para a elaboração de uma política pública efetiva são aqueles que vivenciam diária e diretamente as reais necessidades.

Entender como os envolvidos no processo de aprendizagem percebem as questões relativas ao desenvolvimento do aluno é crucial para se montar um programa de ação que viabilize a integração nas áreas de educação e de saúde. Só haverá êxito se todos os envolvidos tiverem um objetivo em comum e traçarem diretrizes que permitam isso acontecer, em que espaço para compartilhar experiência, angústia, conhecimento e formação deverão ser privilegiados.

A elaboração de políticas que permitam um encontro entre as duas áreas só será possível, quando os principais envolvidos no processo ensino-aprendizagem entendam a necessidade de se buscar estratégias para se ultrapassar os limites institucionais, no intuito de construir espaços para reflexões conjuntas sobre a problemática da relação saúde e escola para dialogar com o poder público a fim de que novos modelos se construam, de acordo com a demanda identificada.

Trabalhar todas estas questões, tentando manter o diálogo com as autoridades e poder pública não se constitui em tarefa fácil, mas se faz necessário enfrentar este desafio, o qual deverá ser conquistado mediante a elaboração de novas políticas que absorvam a necessidade de professores e alunos.

O serviço de psicologia escolar da Universidade de São Paulo, junto com profissionais das unidades de saúde, fomentados pela necessidade de estudar o fenômeno de tantos casos de alunos encaminhados para a área, desenvolveu pesquisas e ações (37) que podem trazer maior discernimento aos profissionais que estão na coordenação de serviços de saúde e de educação, os quais entendem que a integração entre essas duas áreas só vem a beneficiar o aluno.

Duas ações resultaram das pesquisas desse grupo de trabalho: a primeira foi a realização do Fórum de Saúde Mental, no qual os profissionais tanto da educação quanto da saúde puderam entender um pouco melhor a realidade de cada área e, a segunda, decorrente dos dados colhidos no Fórum, foi a organização de novos trabalhos de intervenção nas escolas públicas. As experiências apresentadas nesse livro podem motivar e subsidiar a construção de novos modelos e a organização no avanço de novas políticas na área da saúde, na interface com a educação .

Outro fator que nos parece relevante encontra-se na formação de professores e profissionais da saúde, em especial, os médicos que ainda têm um olhar pouco humanista sobre o sujeito. Em geral, não se encontra possibilidades de escuta por parte do profissional, ou seja, não se dá valor ao discurso do paciente, o qual muitas vezes, é o próprio aluno.

Já é tempo de aproximarmos médicos e educadores para que haja possibilidades do aluno que não se encontra dentro da estatística, ou seja, na média, encontrar possibilidades de desenvolvimento. Inúmeros são os fatores que escapam de nossas possibilidades enquanto profissionais, e, necessário se faz propiciar uma educação que seja prazerosa e não alimente o sentimento de fracasso e de inferioridade diante dos colegas, o que acontece com inúmeras crianças rotuladas como disléxicas ou com dificuldades de aprendizagem. Tanto a saúde como a escola ainda apresentam um olhar clínico, patológico sobre o aluno o que não tem contribuído em nada para sua evolução.

Mudanças se fazem necessárias no âmbito das políticas públicas, subsidiadas pelo processo de reflexão de pais, de professores, de profissionais da saúde e da comunidade em geral.

Essas mudanças podem desencadear a elaboração de ações concretas que permitam a todos os envolvidos a possibilidade de construção de um novo modelo de intervenção. Tal modelo deve integrar as duas áreas (saúde/educação) numa relação dialética, em que o aluno não seja visto mais como o foco do problema, mas como reflexo de nossa sociedade desigual e injusta, a qual necessita ainda romper com estigmas e barreiras e a ultrapassar limites para a prática de uma plena cidadania.

O estudo dos cinco casos apresentados neste trabalho indica que ambas as áreas (saúde e educação) percebem a necessidade de maior integração entre elas, mas se acomodam ao modelo gerencial existente que não permite um trabalho mais sistemático e interdisciplinar. O fato de haver concepções divergentes entre profissionais da saúde e profissionais da educação no que se refere às suas concepções acerca do sujeito e de sua relação, indica que existe uma real necessidade de ambas as áreas tentarem ultrapassar os limites burocráticos e ideológicos a fim de discutirem a relevância sobre a troca das experiências e do conhecimento nos diferentes espaços (clínico e pedagógico) quanto ao processo de identificação das necessidades reais dos alunos que são objetos de intervenção das duas áreas.

Não temos a pretensão de esgotar o assunto da interação saúde/escola no que se refere às dificuldades de aprendizagem e ou ao fracasso escolar, mas esta pesquisa, com certeza, alertará profissionais de diferentes áreas sobre a possibilidade de reflexão e revisão desta situação penosa em que vivem os professores e os alunos em sala de aula. Assim também como os profissionais da saúde que ainda esperam pela solução em testes desde há muito considerados ultrapassados no âmbito acadêmico ou ainda por exames solicitados por médicos que pouco visualizam a realidade escolar.

Obviamente, todas essas ações decorrerão de um enfrentamento com as autoridades públicas baseado na motivação dos profissionais em mobilizar a sociedade como um todo sobre a realidade de sala de aula no que se refere ao fracasso escolar e as necessidades dos alunos em sala de aula e no contexto da saúde.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saviane D. A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas, 8ª. ed. Campinas: Autores associados; 2003. 242p.

2. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução ao parâmetros curriculares nacionais. Brasília: Mec/Sef;1997.126p.

3. Brasil. Constituição. (On line) Brasília, DF: Senado,1988. [acesso em 04 de novembro de 2009]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

4. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. [acesso em 04 de novembro de 2009]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm)

5. Brasil.Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. ( on line) 2008 [ acesso em 04 de novembro de 2009].Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>

6. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Cortez; 1990.181p.

7. Tailândia. Declaração Mundial de Educação para Todos. (on line) 1990. [acesso em 5 de novembro de 2009]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10230.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10230.htm)

8. Brasil. Ministério da Justiça/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Declaração de Salamanca e linhas de ação sobre necessidades educativas especiais. 2a. ed.1997.54p.

9. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1986.1838p.

10. Segre M, Feerraz FC. O conceito de saúde. Revista de Saúde Publica (On Line). 1999 [acesso em 5 de novembro de 2009]. vol 31, n.57.p.538-542. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016)

11. BRASIL/MS. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Trad: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz/IEC (Informação, Educação e Comunicação); 1996.

12. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública. [on line]1999. 15 (3): 647-654. [Acesso em 9 de novembro de 2009] Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023

13. Montarroyos HE. História da Medicina Cartesiana. História e História. NEE/Unicamp.[ on line] 2009. [Acesso em 6 de novembro de 2009]. Disponível em <http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=artigos&id=95>

14. Barros, JA. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde soc. (On line) 2002. [acesso em 6 de novembro de 2009]. São Paulo, v. 11, n. 1, jul. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=p)

15. Brasil. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Ministério da Saúde, (on line) 1986. [Acesso em 5 de novembro de 2009]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf)

16. Lima G Z. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez, 1985.160p.

17. Soares C. Educação física: Raízes europeias Brasil. 3ª. ed. Campinas, Autores Associados, 2004.143p.

18. Collares CAL, Moyses MAA. A História não contada dos Distúrbios de Aprendizagem. Cadernos Cedes. 1993; 28:31-48

19. Silva LCS. A saúde escolar em Campo Grande/MS. Seu discurso suas promessas [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas, 1999.

20. Morais MLS, Carvalho EE, Minto EEW. Caracterização da região e princípios básicos. In: Saúde e educação: Muito prazer! Morais MLS, Souza BP (orgs). São Paulo: Casa do psicólogo;2001.33-50.

21. Collares CAL, Moyses MAA. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. Cadernos Cedes.1992:28:23-30.

22. Vygotsky LS. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Vigotskii LS, Luria AR, Leontiev AN. 4.ed. São Paulo: Ícone,1992.103-117

23. Vygotsky LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes.1984.168p.

24. Vygotsky LS. A construção do pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes,2001.496p

25. Marques LP, Oliveira SPP.Paulo Freire e Vygotski: Reflexões sobre a educação.V Colóquio Internacional Paulo Freire.( On Line) Recife 2005.[ acesso em 06 de novembro de 2009]. Disponível em [http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes\\_orais/PAULO%20FREIRE%20E%20VYGOTSKY-%20REFLEX%C3%95ES%20SOBRE%20A%20EDUCA%C3%87%C3%83O.pdf](http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes_orais/PAULO%20FREIRE%20E%20VYGOTSKY-%20REFLEX%C3%95ES%20SOBRE%20A%20EDUCA%C3%87%C3%83O.pdf)

26. Collares CAL, Moyses MAA. "Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde! Caderno Cedes,15:7,1985.

27. Collares, Cecília A.L. Ajudando a Desmistificar o Fracasso Escolar. *Ideias*, 1:24, 1989

28. Spazziani ML. A saúde na escola: da medicalização à perspectiva da psicologia histórico-cultural. ETD. [on line] 2001 [ acesso em 15 de julho de 2009]; v.3.n1:41-62. Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/etd/viewarticle.php?id=211>

29. Patto MHS. A produção do fracasso escolar. Histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: T.A. Queiroz; 1990. 385 p.

30. Silva ACAS. Dimensões do sucesso e fracasso escolar: estudo dirigido à infância. [Dissertação]. Campinas(SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

31. Fonseca V. Introdução às dificuldades de aprendizagem. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. 388p.

32. Collares CAL, Moyses MAA. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). *Série Idéias*, n. 23 São Paulo: FDE, 1994:35-41 [ acesso em 15 julho de 2009]. Disponível em : [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_23\\_p025-031\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf)

33. Sternberg RJ, Grigorenko EL. Crianças rotuladas: o que é necessário saber sobre as dificuldades de aprendizagem. Porto Alegre: Artemed, 2003. 240p.

34. Scoz, Beatriz. Psicopedagogia e a realidade escolar; o problema escolar e de aprendizagem. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

35. Valla VV, Holanda E. A escola publica: fracasso escolar, saúde e cidadania. In: Stotz EN, Valla VV. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes; 1994. 53-86

36. Saviani, Dermeval. Escola e democracia: Teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. 31<sup>a</sup>.ed. Campinas: Autores Associados. 1997.

37. Moraes MLS, Souza BP (orgs). Saúde e educação: Muito prazer! São Paulo: Casa do psicólogo; 2001

38. Boarini ML, Borges RF. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. Estudos de Psicologia. (On line) Natal1998, 3, 83-108 [acesso em 18 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf>

39. Tanaka O Y, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.83p.

40. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez;2000.164p.

41. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU,1986.99p

42. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.225p

43. Freire P, Guimarães S. Sobre educação: Diálogos. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1982.

44. Souza BP. Prontuários revelando os bastidores: do atendimento psicológico à queixa escolar. In: Orientação a queixa escolar. Souza, BP (org). São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. 27-58.

45. Souza BP. Apresentando a queixa escolar in: Orientação a queixa escolar. Souza BP (org). São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. 97-118.

46. Machado AM. Avaliação e fracasso: a produção coletiva da queixa escolar. In: Erro e Fracasso na escola: Alternativas teóricas e práticas. Aquino JG (Org). São Paulo: Summus, 1997.73-90.

47. Moyses M A A, Collares CAL. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: As avaliações de inteligencia . Psicol.USP [ on line]1997,v 8, n1,pp.63-89. [ Acesso em 15 de novembro 2010]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641997000100005&lng=pt&nrm=iso48](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100005&lng=pt&nrm=iso48).

48. Patto MHS. Para uma Crítica da Razão Psicométrica. Psicol. USP [online]. 1997, vol.8, n.1, pp. 47-62. [Acesso em 18 de novembro de 2010]. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641997000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641997000100004&script=sci_arttext)

49. Proença M. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: Psicologia Escolar: em busca de novos rumos. Machado AMM, Souza MPR (Orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 19-37

50. Moyses MAA. A insitucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola. São Paulo: Fapesp 2001.264p

51. Freller CC et al. Orientação à Queixa Escolar. Revista Psicologia em Estudo. (on line). 2001. Universidade Estadual de Maringá, [Acesso em 08 novembro 2009]. v.6, n.2, jul./dez. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a18.pdf>

52. Proença M, Souza BP. Prefácio. In: Saúde e educação: Muito prazer! Morais MLS, Souza BP (orgs). São Paulo:Casa do psicólogo;2001.13-18

53. NUTTI JZ. Concepções sobre as Possibilidades de Integração entre Saúde e Educação: Um estudo de caso. Universidade Federal de São Carlos, 1996, Dissertação de Mestrado, 155p.

## 7 - Anexos

### 7.1 - Anexo I

Termo de consentimento livre esclarecido (Responsáveis pelos Sujeitos da pesquisa)

Pesquisa: Trajetória de alunos da rede regular de ensino encaminhados aos serviços de saúde. Um estudo de caso

Pesquisador responsável: Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa

Orientador: Profa. Dra. Zilda Maria G. Oliveira da Paz

Instituição Responsável: Cepre -FCM- \_Unicamp

Atualmente lidamos com muitos alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem e que, em muitos casos, são encaminhados para o serviço de saúde. Sem uma interlocução eficaz entre as áreas da saúde e da educação, verificam-se ações isoladas.

O objetivo do projeto é estudar a trajetória de alunos que foram encaminhados para o serviço de saúde do município<sup>11</sup> e analisar a comunicação entre os profissionais da saúde e da escola, acompanhando a evolução desses alunos.

A coleta de dados será realizada mediante a observação participante no serviço de saúde e na sala de aula. Também será realizada análise de prontuários e de relatórios referentes ao aluno. Haverá participação em reuniões técnicas e com os pais, com uso de diário de campo e entrevista com os profissionais envolvidos com o aluno.

---

11 O nome da instituição não foi divulgado na dissertação a fim de preservar o anonimato da mesma.

A presente pesquisa não apresenta riscos presumíveis.

Espera-se que a pesquisa propicie aos profissionais condições de atuarem com mais eficiência nas questões relativas às dificuldades de aprendizagem.

A participação no estudo não acarretará nenhum tipo de custo, pois é de caráter voluntário, sem nenhum tipo de benefício financeiro.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa antes, durante e depois;

Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem a ocorrência de qualquer penalidade;

Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Declaro estar ciente do exposto e autorizo que (aluno)\_\_\_\_\_participe da pesquisa.

Assinatura do responsável pelo aluno

\_\_\_\_\_

Valinhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 19-38493232. Em caso de denúncia ou notificação de acontecimentos não previstos, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM, pelo telefone 19 35218936.

O participante da pesquisa receberá uma cópia do termo de consentimento livre esclarecido.

Eu, Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante e/ou responsável.

\_\_\_\_\_ (assinatura)

Orientadora: Profa. Dra. Zilda Maria G. Oliveira da Paz

## 7.2 - Anexo II

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (profissionais da saúde e professores)

Pretendemos desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Trajetória de alunos da rede regular de ensino encaminhados para o serviço de saúde – um estudo de caso*” .

O objetivo desta pesquisa é estudar a trajetória de alunos que foram encaminhados para serviço de saúde e analisar a interlocução saúde/escola no atendimento desses casos. Para isso, será necessária a realização de observação participante desses alunos em alguns atendimentos e, também, em algumas atividades em sala de aula, na escola regular em que estão matriculados. Essa observação será registrada em um diário de campo.

Análise de prontuários, de relatórios e de outros documentos referentes ao atendimento desse aluno que se encontra no CEMAP, também fará parte da coleta de dados.

Serão realizadas entrevistas do tipo livre com os profissionais envolvidos com esse aluno, as quais serão gravadas para posterior transcrição.

Serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identidade dos sujeitos e da instituição também será resguardada e não serão expostos, inclusive na conclusão e na publicação do trabalho.

A presente pesquisa não apresenta riscos presumíveis. Espera-se que propicie a identificação de elementos que contribuam para um melhor enfrentamento das questões referentes ao fracasso escolar.

A participação no estudo não acarretará nenhum tipo de custo, pois é de caráter voluntário sem nenhum tipo de benefício financeiro.

O participante tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem a ocorrência de qualquer penalidade. E ainda de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa antes, durante e depois da sua realização.

Estaremos à disposição para quaisquer esclarecimentos: Profa. Dra. **Zilda Maria G. Oliveira da Paz** (tel. 35218801:), Adriana E. V. Fernandes Barbosa (tel.: 96101520). Em caso de denúncia, procurar o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas FCM – Unicamp (tel.: 35218936).

Estando a responsável pela instituição ciente dos procedimentos e não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, firma seu consentimento livre, esclarecido de concordância em participar da pesquisa, assinando o presente termo de compromisso, ficando com uma das vias.

Eu, Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o profissional e a instituição.

Valinhos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

Assinatura do profissional

Atenciosamente,

Adriana Elizabeth Vilella Fernandes Barbosa

### **7.3 - Anexo III**

#### Aspectos Éticos

Os responsáveis pelos sujeitos da pesquisa e pelos profissionais da saúde envolvidos com esses alunos serão abordados pela pesquisadora. A pesquisa será iniciada após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e será realizada pela pesquisadora. Após a explanação dos objetivos e métodos do estudo, serão sanadas possíveis dúvidas e os participantes tomarão ciência de que sua contribuição será voluntária, não receberão nenhum tipo de benefício financeiro e sua identificação será mantida em sigilo.

Serão cumpridas as normas da Resolução 196 (de 10/10/1996), do Conselho Nacional de Saúde.