

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**ISABELA PEÇANHA MÜLLER**

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ESCOLA: DESAFIOS PARA A AÇÃO  
INTERSETORIAL**

Rio de Janeiro

2017

ISABELA PEÇANHA MÜLLER

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ESCOLA: DESAFIOS PARA A AÇÃO  
INTERSETORIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em  
Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio  
de Janeiro.

Orientadora: Profa. Ms. Melissa Ribeiro Teixeira

Rio de Janeiro

2017

## RESUMO

MÜLLER, Isabela Peçanha. **Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e a escola: Desafios para a Ação Intersetorial.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O desdobramento desta pesquisa elaborada para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso em Terapia Ocupacional, se deu a partir da ideia de que a construção da rede pública em saúde mental de criança e adolescente (SMCA) pode ser favorecida caso a articulação entre os serviços de saúde mental e a educação seja potente, atentando-se aos problemas de SMCA, favorecendo assim o cuidado e o trabalho intersetorial. Esta pesquisa buscou analisar os desafios na articulação entre a escola e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, descrevendo e analisando os encaminhamentos entre a escola e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, identificando as demandas oriundas da educação para a saúde mental e as possíveis parcerias no cuidado do caso. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, de base qualitativa, que adotou como abordagem de estudo de caso a relação do CAPSi com a educação, e para a análise dessa informação foram adotadas como estratégias: a observação participante e análise documental. Foi possível identificar uma importante falha na articulação do CAPSi com a escola, o que contribui para pensarmos nos encaminhamentos e nas demandas oriundas da educação para a saúde mental, fica evidente a necessidade de ampliar ações em saúde mental, conscientizar a colaboração e corresponsabilização intersetorial e consolidar parcerias entre os diferentes setores para a efetivação da rede ampliada em saúde mental de crianças e adolescentes.

Palavras-Chave: saúde mental de crianças e adolescentes; educação; centro de atenção psicossocial infantojuvenil; articulação; promoção da saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, pela minha vida e oportunidades.

Agradeço aos meus pais, que me educaram cheios amor e acreditaram em mim.

Às minhas irmãs, por estarem sempre ao meu lado e me acolherem.

Ao Caio, pelo amor e presença, mesmo quando há distância.

Aos meus amigos, por serem apoio e companhia.

Ao corpo docente, em especial à minha orientadora, pela dedicação e ensinamentos durante o curso.

## **SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO .....	5
CAPÍTULO I - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO .....	8
1.1 CONSTRUÇÃO DE REDE DE CUIDADO .....	8
1.1.1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) .....	11
1.1.2 Escola .....	13
1.2 INTERFACE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO NA LITERATURA CIENTÍFICA .....	15
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO .....	19
2.1 DESENHO DO ESTUDO .....	19
2.2 DELIMITANDO O ESTUDO .....	19
2.2.1 Breve contextualização do Projeto .....	20
2.3 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	21
2.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	22
2.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	23
CAPÍTULO III - RESULTADOS/DISCUSSÃO .....	24
3.1 CORRELAÇÃO DOS TEMAS DE ANÁLISE .....	33
3.1.1 Caso M.: ilustrando os desafios da articulação entre o CAPSi e a escola .....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41

## APRESENTAÇÃO

O interesse por esse tema surgiu durante minha vivência enquanto estagiária do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), este estágio, é a ação integrada envolvendo o curso de Graduação em Terapia Ocupacional (TO/ FM/ UFRJ), o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/ IPUB/ UFRJ) e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil - CAPSi CARIM/ IPUB/ UFRJ, que visa o cuidado colaborativo em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA), a partir do reconhecimento de atores-chave e recursos territoriais potenciais.

Neste período enquanto estagiária, tive afinidade com casos que me instigaram a estudar a relação da saúde mental e da educação, me aproximando das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes. Esta pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Terapia Ocupacional parte da ideia de que a construção da rede pública em saúde mental de criança e adolescente (SMCA) pode ser favorecida caso a articulação entre os serviços de saúde mental e a educação seja potente, assim como a atenção básica e outros setores envolvidos, atentando-se aos problemas de SMCA, favorecendo assim o cuidado e o trabalho intersetorial. Para a construção deste estudo, busquei utilizar referenciais teóricos que estudam saúde mental de crianças e adolescentes em políticas públicas e o cuidado colaborativo.

A qualificação do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes é um fator fundamental, as intervenções têm o objetivo de promover, a partir da articulação envolvendo o CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), diversos atores sociais e serviços, o cuidado colaborativo em SMCA.

As políticas universais de saúde e educação, são essenciais para a identificação de necessidades relacionadas à SMCA. Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmam que a atenção básica e a escola se destacam no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde.

Considerando o que foi exposto e a minha vivência do estágio, onde pude me aproximar de alguns casos encaminhados pela educação para o serviço de saúde mental, parece pertinente estudar o compartilhamento dos casos e observar os possíveis problemas do fluxo de encaminhamento e a ocorrência de descontinuidades do cuidado e o que pode resultar em um distanciamento do que preconiza a atenção psicossocial, fomentando assim, o quanto este tema é importante para a saúde mental.

Visando substituir a desassistência histórica (COUTO & DELGADO, 2015) e sendo a intersetorialidade fundamental, o CAPSi visa a articulação entre diferentes serviços, permitindo assim a assistência integral para crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), os transtornos mentais na infância e na adolescência são divididos em duas grandes categorias: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira ou na segunda infância, com comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas. Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta.

Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil são responsáveis pela atenção especializada em saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos ou/e que fazem uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Cada CAPSi é encarregado por um determinado território e são serviços com características de base comunitária, tendo como referência a Rede de Atenção Psicossocial. O CAPSi precisa estar articulado com os demais dispositivos de saúde e buscando articulações intersetoriais, visando à construção de uma rede local de cuidados de saúde mental de crianças e adolescentes. Por essa tomada de responsabilidade, segundo Couto e Delgado (2016):

[...] cabe ao próprio CAPSi a função de iniciar o processo de construção nos territórios onde estiver implantado. O CAPSi deve ser, dessa forma, tomado como um dispositivo estratégico nas construções da rede de atenção em SMCA e não apenas como um fim assistencial em si (p. 68).

Para o fortalecimento dessa rede de cuidado é fundamental a articulação do CAPSi com os demais setores que trabalham com crianças e adolescentes, entendendo isso como intersetorialidade do cuidado (COUTO & DELGADO, 2010), construindo essa rede com a educação, atenção básica, assistência social, a cultura e os demais dispositivos que trabalham para um maior bem-estar de crianças e adolescentes, garantindo uma maior integralidade do cuidado em SMCA.

As ações articuladas entre os serviços de saúde para o cuidado em saúde mental aumentam a efetividade e eficiência dos sistemas de saúde (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2004).

Acredita-se que a articulação do CAPSi com a educação é de fundamental importância. A partir desta troca, é possível buscar compreender o número de casos encaminhados para o CAPSi e as demandas que estes apresentam. Entendendo-se que o funcionamento de ambos os

serviços acontecerá de maneira satisfatória. Sendo assim, é importante discutir as intervenções dos profissionais no âmbito da saúde mental e da educação. Para tal, é preciso disparar esse assunto, que é o objeto desta pesquisa.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar os desafios na articulação entre a escola e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, descrevendo e analisando os encaminhamentos entre a escola e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, identificando as demandas oriundas da educação para a saúde mental e as possíveis parcerias no cuidado do caso. Estes apontamentos facilitarão para que a pesquisa atinja as expectativas citadas acima, visando esclarecer quais são as estratégias para promover a articulação efetiva entre o serviço de saúde mental e a educação.

O Capítulo I visa abordar a construção de rede de cuidado, abrangendo a intersetorialidade e a colaboração entre os diferentes atores e setores envolvidos no cuidado de SMCA. Além disto, irá contextualizar estes atores e setores distintos que compreendem a SMCA, como o CAPSi e a escola, e abordará esta interface entre a saúde mental e a educação na literatura científica.

O Capítulo II apresenta o percurso metodológico da pesquisa, embasado em uma discussão teórico-metodológica. Apresenta também o campo onde foi realizada a pesquisa, as estratégias da análise e o processo para produção das informações.

O Capítulo III apresenta os resultados e a discussão e traz alguns apontamentos para uma possível articulação intersetorial, garantindo a corresponsabilização do cuidado.



## **CAPÍTULO I - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO**

Os referenciais teóricos da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil apontam a importância da construção de uma rede de cuidados capacitada para responder às demandas de crianças e adolescentes caracterizada na política geral de saúde mental do SUS.

Esta política ocasiona a implementação de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil, e a construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com outros setores como: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, estes, envolvidos na assistência à infância e adolescência visando a integralidade do cuidado (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008).

Estes autores apontam que diante dos desafios na saúde mental infantil e juvenil, faz-se necessário ações concretas pela atenção especializada, assim como a distribuição de serviços nos diferentes setores pelo território, a fim de fomentar a construção de uma política pública que proporcione uma melhoria potente nos atendimentos e cuidado à infância e adolescência.

Estes desafios estão relacionados à prática intersetorial de cuidados e a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços envolvidos na saúde mental, o que será desenvolvido neste capítulo.

### **1.1 CONSTRUÇÃO DE REDE DE CUIDADO**

Em 1990, foi instaurada a Reforma Sanitária, que fomentou a construção do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade atribuído a partir da atenção básica (PAIVA & TEIXEIRA, 2014). Nesta mesma época ocorreu o movimento em defesa da criança e do adolescente a partir da Lei 8.069 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que visa a proteção integral à criança e ao adolescente.

A política de saúde mental - que se estruturou juridicamente em 2001 com a lei 10.216, potencializou o cuidado em saúde mental, garantindo a assistência e a promoção de ações de saúde para portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

Entretanto, no campo da infância e adolescência, segundo Couto e Delgado (2015), antes do século XXI não existiam formulações de saúde mental no Brasil que orientassem uma construção de rede de cuidados para essa população com problemas de saúde mental. A Política

de Saúde Mental infantojuvenil visa superar a prática institucionalizante, pautada em uma lógica higienista e de quadros de abandono e exclusão que ficaram submetidas crianças e adolescentes (COUTO & DELGADO, 2015). Sendo assim, atualmente, a política de SMCA visa a construção de redes ampliadas e intersetoriais com foco na articulação entre serviços.

O documento Caminhos para política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005), aponta que na área da Atenção à Saúde Mental, as instituições envolvidas no cuidado de saúde mental de crianças e adolescentes, realizam ações que se superpõem ou se contrapõem, fazendo-se necessária a constituição de uma rede ampliada para esse grupo, sendo fundamental que essa rede seja marcada pela intersetorialidade e na corresponsabilidade.

Segundo Teixeira, Couto e Delgado (2015): “*a necessidade de construir redes ampliadas de cuidado em SMCA de base territorial e articuladas a partir dos CAPSi, foi deliberada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)*” (p. 696). Visando superar a desassistência que crianças e adolescentes com problemas mentais estavam submetidos, os autores propõem:

O trabalho em equipe multidisciplinar e em colaboração intersetorial constitui um eixo fundamental de desenvolvimento da atenção psicossocial no território. Isso se constitui como um desafio para a atuação dos profissionais da saúde mental, inclusive o psicólogo, no que se refere ao trabalho na Atenção Básica à Saúde, como estratégia de promoção de cuidado em SMCA (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2015, p. 8)

Para Tszesniosk *et al.* (2015, p.363) “*as ligações efetivas dos usuários com a rede de cuidados favorecem a resolução de problemas e contribui com o processo de tratamento*”. Na saúde mental infantil, esta rede pode favorecer o desenvolvimento da criança, além do bem-estar e qualidade de vida da família, isto porque, as estratégias de apenas um setor (saúde geral) são insuficientes no tratamento. Logo, para incluir as crianças com sofrimento psíquico na comunidade, as ferramentas sociais devem estar em conjunto.

Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010) referem a intersetorialidade como um princípio da política de saúde mental e de uma diretriz fundamental da organização e operacionalização dos serviços. “*A construção de uma interface ativa com outros setores governamentais como Educação, Assistência Social e Justiça é muito importante para ampliar a abrangência da abordagem e aumentar a resolutiva das intervenções*” (p.163). Para estes autores, a construção de uma política intersetorial permite compartilhar responsabilidades e saberes, sendo possível evitar a medicalização de questões que não são exclusivas do campo da saúde e possibilitando um olhar ampliado sobre questões distintas.

A intersetorialidade possui um papel primordial nas políticas públicas de saúde mental de crianças e adolescentes, favorecendo para a construção da rede de cuidados. Couto & Delgado (2010) apontam que *“foi a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência”* (p.271).

Para tal, encontram-se possibilidades e desafios que se estendem para toda rede de cuidado, marcada pelo suporte de diferentes setores como assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos. A política de saúde mental infantil considera que a única maneira capaz de contribuir para problemas relacionados ao cuidado de crianças e adolescentes é a partir da intersetorialidade.

Akerman, Moyses, Resende e Rocha (2014) apontam a intersetorialidade como dispositivo para melhorar a eficiência, a efetividade e a eficácia da gestão pública, além disso, acreditam que também possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações orçamentárias para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos.

Segundo Oliveira e Mendonça (2016), a intersetorialidade é essencial para o trabalho com crianças e adolescentes. O acesso à educação, aos serviços de saúde e ao convívio familiar e comunitário são fundamentais aos direitos desta população, fazendo-se necessária a prática cotidiana nos serviços de saúde mental.

Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) discutem a intersetorialidade na promoção da saúde, apontando a necessidade de mobilização de usuários e profissionais da saúde para agirem como responsáveis na organização da produção em saúde, sendo um “processo de construção compartilhada”. Estes autores apontam que a integralidade está implícita na intersetorialidade, que propõe a parceria entre diferentes instituições, a fim de trabalharem juntos visando o alcance de objetivos e metas comuns. A partir deste cuidado, entende-se que uma direção compartilhada será estabelecida para que seja possível superar a fragmentação e especialização de serviços.

Entende-se que muitas crianças com problema de saúde mental circulam por diferentes instituições, de diferentes setores. Sendo assim, referindo-se à saúde mental infantil e juvenil, se faz necessário o trabalho intersetorial para a construção de rede, pois o tratamento necessita de uma ação contínua com outras instituições ou setores, como um trabalho para com a família e escola, sendo possível reconhecer mudanças não só no setor da saúde mental, como também nos demais setores, constituindo a rede pública ampliada da atenção (COUTO & DELGADO, 2010).

Considerando-se então que todos os setores envolvidos são importantes neste processo, o compartilhamento de ações com todos os atores, especialmente a educação, é primordial para a efetivação da rede, o que ainda vem sendo um processo para que o cuidado seja concreto. Pode-se dizer, que a corresponsabilização pelos diferentes setores ainda se configura como um importante desafio, sendo necessário maior investimento dos diferentes profissionais e serviços.

As noções de rede pública ampliada e de corresponsabilização do cuidado estão pautadas na lógica de cuidado territorial. O território é compreendido como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte geográfico, para o que importa nele. *“O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito”* (BRASIL, 2005, p.13). A partir desta ideia, a casa, a escola, a ONG, o lazer, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território, onde é o lugar psicossocial do sujeito. Assim, deve-se pensar como se delimita um território intersetorial.

Sendo o CAPSi o responsável pela articulação com a rede para o cuidado em SMCA é requerida a integração com os serviços de diversos setores, como por exemplo a educação, para que então a ação aconteça. Discutiremos, a seguir, estes dois dispositivos, destacando os pontos importantes para a SMCA.

### **1.1.1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)**

Articuladamente com uma rede ampliada de atenção à população infantojuvenil, os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil são responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais, incluindo outros setores como educação, assistência social, esporte e outros.

Sendo assim, Os Centros de Atenção Psicossociais Infantis e Juvenis surgem como estratégias para assistir crianças e adolescentes com problemas mentais que antes ficavam desassistidos. Compostos por equipes multiprofissionais e direcionado na lógica da atenção diária, intensividade do cuidado, do trabalho em rede e baseados na comunidade, os CAPSi consolidam a primeira ação frente às questões da SMCA (COUTO & DELGADO, 2015).

No CAPSi são realizados atendimentos de crianças e adolescentes em municípios com população superior a 20.000 habitantes. Funcionam das 8h às 18hs, de segunda a sexta-feira.

Orientados ao cuidado de crianças e adolescentes com graves acometimentos psíquicos, as possibilidades do tratamento ampliam, quando o atendimento tem início mais cedo, sendo

assim, se faz necessária a articulação com a rede de saúde, educação e assistência social, todos vinculados ao cuidado de crianças e adolescentes no seu território de referência. Visando realizar o cuidado terapêutico e de gestão na atenção psicossocial:

O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 23).

Os Centro de Atenção Psicossocial são compreendidos como serviços substitutivos, comunitários, territoriais e abertos de atenção psicossocial (LAURIDSEN-RIBEIRO, ARRIGONI & LEAL, 2016).

Entende-se que um serviço aberto, deve funcionar a fim de atender as demandas de maneira facilitada, recebendo e acolhendo aos que procuram o serviço no momento da chegada, sem até mesmo encaminhamentos de outras unidades de saúde ou agendamentos. Os autores já citados acima, ressaltam a importância das “portas abertas” não só para os usuários como também para a equipe do serviço.

Nesta lógica, é necessário que a equipe trabalhe para além das paredes do serviço, a fim de realizar uma articulação com o território. Após o acolhimento do caso, o CAPSi deve desconstruir a demanda como não sendo uma demanda para tratamento, mas de atenção, que necessita ser trabalhada; encaminhar o caso, que segundo a política pública, deve ser encaminhado e assistido, logo, além do usuário, o serviço que encaminha e o novo serviço, devem se manter em contato, com parcerias entre os técnicos e eventuais reuniões de discussão do caso. (ELIA *et al* 2010).

A ação intersetorial vem sendo utilizada como uma potente estratégia, visando promover a integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas. E se constituiu neste contexto aliado a uma constatação de uma dispersão da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, tornado-se um ponto de partida para a implementação e gestão da saúde mental infantil (COUTO & DELGADO, 2010).

Segundo Amarante (2007), quanto mais o serviço seja capaz de desenvolver relações com os recursos existentes na comunidade, mas ele pode ser considerado de base territorial. O desafio ainda se encontra nas articulações, nas possibilidades de trocas entre outros serviços ou até mesmo em instituições como ONGs e igrejas, isto acaba favorecendo para que os serviços, sem base territorial, atuem no espaço interno. Sendo assim, segundo o autor, “*os serviços de*

*atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes”* (idem, p. 86).

### **1.1.2 Escola**

A Lei nº 8.069 decretada em julho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente refere-se sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Para os efeitos desta Lei, considera-se criança, a pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre doze e dezoito anos de idade. Ressalta-se neste documento:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

O art. 4º aponta que:

É de dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Em 1996, foi estabelecida a Lei nº 9.394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. No título I que trata Da Educação, o art. 1º diz que: “*A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais*” (BRASIL, 2005).

Atualmente, o sistema educacional regular entende a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e educação superior. Além do ensino regular, também faz parte do sistema a educação especial, para os portadores de necessidades especiais, garantindo o atendimento especial e adequado, com o acompanhamento de profissionais capacitados, visando o acesso e permanência do aluno.

Foi criado em 2010 o Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, instituído pelo Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Especial/SEESP, tendo como objetivo “*apoiar a organização do atendimento educacional especializado aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, matriculados no ensino regular*” (BRASIL, 2010).

As Salas de Recursos nas escolas regulares da rede pública de ensino promovem as condições de acesso, participação e aprendizagem dos alunos, possibilitando o atendimento

educacional especializado, de forma não substitutiva à escolarização, eliminando a discriminação e a segregação (idem, 2010).

São público alvo para este Atendimento Educacional Especializado alunos com transtornos globais do desenvolvimento, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras, autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Além de deficiências física, intelectual, mental ou sensorial, que podem interferir na participação efetiva na escola e na sociedade (idem, idem, 2010).

Visando as demandas e a necessidade que as escolas têm de dar conta e incluir crianças que precisam de ajuda, foi pensado a necessidade de colocar um profissional especializado/mediador na sala de aula, para acompanhar uma criança ou adolescente em parceria com o professor, em função do grande número de alunos nas classes e em algumas situações a falta de preparo dos professores, para alunos com dificuldades (MOUSINHO et al. 2010).

Em 2012 foi criado, no Rio de Janeiro o Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE), o qual é formado por professores, assistentes sociais e psicólogos. O programa visa garantir, pela Secretaria Municipal de Educação, uma estrutura para as equipes das escolas, pensando que a ausência dos familiares na educação das crianças é um problema notório e recorrente e que é necessário abordar junto aos alunos casos de violência, conflitos, dificuldade de relacionamentos, assim como outros desafios do cotidiano escolar.

Muitas vezes as escolas apresentam dificuldades em assumir as demandas destas crianças, existem grandes números de alunos nas escolas que apresentam sofrimento psíquico e/ou precisam de cuidado em saúde mental. Sendo assim, são encaminhadas para o CAPSi. Segundo Boarini e Beltrame (2013), é possível observar na escola que muitos encaminhamentos ao CAPSi são realizados pela falta de êxito na execução de suas funções, quando esgota-se, dentro do contexto escolar, a gama de possibilidades em lidar com as dificuldades desses alunos.

Boarini (2013) relata que embora os problemas de aprendizagem apresentavam-se mais acentuadamente nas escolas públicas, casos de indisciplina escolar e dificuldades escolares, não podem ser discriminado pelo caráter da instituição, público ou privado ou quanto a classe social.

Segundo Mocelin (2008), alguns comportamentos, como hiperatividade e desatenção entre outros problemas de aprendizagem, passaram a ser uma questão médica, a fim de buscar as causas no próprio corpo da criança. Estudos mostram que é notável o grande número de encaminhamentos da escola para os serviços de saúde. Partindo deste pressuposto, faz-se necessário fortalecer a rede de cuidado, visando a articulação dos serviços envolvidos no

cuidado de crianças e adolescentes, favorecendo o compartilhamento entre a educação e outros serviços.

## 1.2 INTERFACE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO NA LITERATURA CIENTÍFICA

A Organização Mundial de Saúde (2013) estima que entre 10 e 20% das crianças no mundo necessitam de algum tipo de acompanhamento em saúde mental e, que 3 a 4% de toda a população infantojuvenil precisará de acompanhamento intensivo em saúde mental. Pode-se dizer, que as doenças mentais são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e que muitos dos problemas de saúde mental que acometem adultos, estão correlacionados com situações de sofrimento psíquico durante a infância, vale ressaltar que os problemas relacionados à saúde mental infantil envolvem diversos atores envolvidos, como a família, escola e comunidade.

Taño e Matsukura (2014) afirmam a função dos CAPSi na ampliação de Rede de Atenção Psicossocial como principais pontos de atenção para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e transtornos mentais, a partir de atendimentos intensivos e com ações ampliadas para o trabalho territorial.

Um estudo qualitativo efetuado na cidade de São Carlos/ SP identificou a prevalência de problemas de saúde mental entre crianças que frequentam o Ensino Fundamental I, este achado pode estar relacionado também às áreas sociais que estas crianças vivem (idem, 2014).

Assim como os autores citados acima, Cid (2011) aponta sobre os prejuízos no desenvolvimento, que podem estar ligados ao campo da educação. As dificuldades socioemocionais apresentam riscos para desenvolver dificuldades acadêmicas que são recorrentes em crianças e adolescentes.

Sendo assim, a partir das dificuldades de natureza física, mental ou emocional faz-se necessário pensar no tratamento considerando a importância que a socialização exerce no desenvolvimento (LYKOUROPOULOS & PÉCHY, 2010). A autora questiona a forma que essas crianças e adolescentes com questões psíquicas são vistas pela a sociedade ou até mesmo pelos profissionais da saúde, como sendo sujeitos que necessitam ser consertados.

Diferentemente de uma clínica pautada em problema-solução, que visava unicamente a remissão de sintomas, o quadro psicossocial tem como principal estratégia o cuidado no meio social, isto é, no território, que não se restringe ao espaço geográfico, mas “*ao campo de*



*abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca” (LEAL & DELGADO, 2007, p.144).*

Couto & Delgado (2016) reforçam a tomada de responsabilidade e colaboração intersetorial para a rede de cuidado psicossocial em cada território, fazendo-se necessário o desafio de compartilhar ações, enfrentando como problema comum a ampliação do acesso e qualificação da atenção para crianças e adolescentes, sendo necessário superar estes obstáculos segmentados na oferta do cuidado.

As questões relacionadas à SMCA demandam muitas vezes o comprometimento de diferentes setores públicos, para além da saúde mental, para isso faz-se necessário o compartilhamento, tornando possível o modo de ver do parceiro intersetorial, produzindo assim, uma ação compartilhada e através do compartilhamento há a oportunidade de possibilidade e eficácia do cuidado (COUTO & DELGADO, 2010).

Entende-se que o compartilhamento, pode favorecer o reconhecimento da singularidade da saúde mental de crianças e adolescentes, ampliando a possibilidade de uma efetiva atenção integral à esta população. Sendo assim, o trabalho intersetorial no campo da infância e adolescência torna-se uma prioridade segundo a autora Vicentin (2006).

Esta temática ainda apresenta grandes desafios, que geram discussões em torno da necessidade de que as demandas singulares da infância e da adolescência sejam devidamente consideradas. Atentando-se para que a atenção em saúde mental não se restringe aos serviços específicos em saúde mental, o que dificulta a articulação entre os diferentes níveis de atenção (VICENTIN, 2006).

Como já citado, não é possível pensar na atenção e cuidado em saúde de crianças e adolescentes sem que não seja de forma interdisciplinar e intersetorial. Para a autora citada acima (2006), a intersetorialidade na atenção à infância e juventude tem diferentes dimensões como:

Uma dimensão mais molecular: a dimensão das tramas humanas, do tecido social que se forma entre os diferentes profissionais e crianças, agentes de saúde e famílias; uma dimensão macro: que são as tramas constituídas interior das equipes de trabalho, na arquitetura montada para o projeto terapêutico; uma dimensão macro: que é a do tecido social entendido com as vontades políticas que se instalam em torno da criança [...] (as políticas de saúde, de educação, a legislação...) (p. 16).

As equipes multiprofissionais fazem parte da estratégia de cuidado à crianças e adolescentes com transtornos mentais, baseado no modelo comunitário. O estudo realizado pelas autoras Beltrame e Boarini (2013) aponta a finalidade do CAPSi em prestar assistência às

crianças e adolescentes com transtornos mentais e observam a demanda em um CAPSi específico, que na pesquisa realizada, a maioria das demandas envolviam problemas escolares.

Para obterem o resultado da pesquisa, as autoras já citadas separaram as demandas em itens como: queixa escolar referente apenas à dificuldade de aprendizagem e ao comportamento na escola, queixa escolar associada a outros sintomas e outras queixas para os casos não relacionados às questões escolares. Concluíram então que 60% dos encaminhamentos estão relacionadas a queixas escolares e que este fator se relaciona com o fato de a escola ter sido o principal responsável pelos encaminhamentos ao CAPSi.

A pesquisa de Beltrame e Boarini (2013) apontou também que “*os encaminhamentos ocorrem quando, supostamente, esgota-se, dentro do contexto escolar, a gama de possibilidades em lidar com as dificuldades desses alunos*” (p. 342). O que se entende que a falta de êxito das instituições escolares acaba justificando a busca por parcerias em outros setores.

Mocelin (2008) apresenta que os números de alunos encaminhados para profissionais da saúde aumentam assim como o número de “casos” crescem nas salas de aula, “o que revela o caráter higienista ou eugenista da educação, quando educadores recorrem com frequência ao campo da saúde para sanar dificuldades geradas no processo pedagógico, ou seja, a medicalização das questões pedagógicas.

A medicação é discutida por Beltrame e Boarini (2013) por ter sido um assunto recorrente durante a pesquisa realizada. Apontam que a medicação visa solucionar problemas da educação, da saúde, da família e da relação entre adultos e crianças em geral. O CAPSi é um meio para que seja possível a obtenção de um diagnóstico e conseqüentemente da medicação.

No estudo citado acima, foram apresentadas dificuldades na consolidação do trabalho coletivo nas práticas em saúde mental e na equipe multiprofissional, no próprio CAPSi, na organização do trabalho, seja ela internamente, entre a própria equipe, ou externamente, em articulação com outros serviços e com o território.

Para além das dificuldades que a própria equipe encontra, muitas questões demandam a implicação de outros setores públicos, em função da “*dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas*” (COUTO & DELGADO, 2010, p. 4), tornando necessário o compartilhamento da saúde mental, sendo assim, nenhum setor isoladamente possui uma resposta final, mas, facilitará o entendimento do modo de ver do parceiro intersetorial (idem, p.4).

A intersetorialidade traz a ideia de compartilhamento e colaboração, visando preencher uma lacuna assistencial ainda enfrentada na atenção de SMCA. O trabalho colaborativo

*“permite o desenvolvimento de possibilidades mais criativas e efetivas para articulação de instituições, setores e atores com diferentes mandatos públicos ou lugares sociais”* (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2016, p. 1934).

O reconhecimento dos atores-chave e dos recursos do território tem favorecido a ampliação de estratégias em SMCA, podendo contribuir para o acesso e continuidade do cuidado. Entretanto, a corresponsabilização pelos diferentes setores ainda se configura como um importante desafio, sendo necessário maior investimento dos diferentes profissionais e serviços (NUPPSAM, 2017). Sendo assim, esta pesquisa terá destaque para a articulação entre o CAPSi e a educação, sem desconsiderar a importância do compartilhamento com os demais setores.

## **CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo, de caráter exploratório, de base qualitativa, que adotou a abordagem de estudo de caso.

O estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (...), permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real- tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a manutenção de alguns setores (Yin,2001, p. 19).

Para o presente trabalho, o caso estudado foi a relação do CAPSi com a educação e para a análise dessa informação foram adotadas como estratégias: a observação participante e análise documental.

De acordo com Minayo (2010), a observação participante é um processo pelo qual um pesquisador coloca-se como observador de uma situação social, com o objetivo de realizar uma investigação científica. Compreendemos que a observação participante possibilita conhecer, de modo mais aprofundado, os serviços, as dificuldades apresentadas e as estratégias para enfrentamento das questões cotidianas.

A análise documental consiste em identificar e analisar os documentos. A análise documental deve permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento (MOREIRA, 2005). Os registros escritos proporcionam a compreensão dos fatos e suas relações.

A definição do material para a análise documental, bem como, a forma que se deu a observação participante será descrita a seguir.

### **2.2 DELIMITANDO O ESTUDO**

Este estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de seis meses, no qual teve como base a parceria do NUPPSAM, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) com o CAPSi Centro de Atenção e Reabilitação a Infância e Mocidade (CARIM), a partir do Projeto de Pesquisa e Extensão intitulado: Rede, Território e Atenção Psicossocial para Crianças e adolescentes: Compartilhamento e Colaboração Intersetorial.

A definição do campo de estudo surgiu a partir do CAPSi estudado e do território que este abrange. O CAPSi CARIM, também do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, é um serviço de saúde mental voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com graves problemas psíquicos. Este, realiza ações com o Projeto, visando a articulação da rede de cuidado com o cunho intersetorial.

O CAPSi está situado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, integra o território da área de planejamento (AP) 2.1, onde desenvolve ações nos bairros de Botafogo, Copacabana, Leme, Urca e Humaitá. Para esta pesquisa foi delimitado o território do Pavão-Pavãozinho-Cantagalo (PPC), localizado no bairro de Copacabana.

Nesta pesquisa, foi identificada a necessidade da ação compartilhada e parcerias de cuidado com outros serviços vinculados ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Sendo assim, a educação, que possui um caráter fundamental neste contexto, fomentou para este estudo o desejo de um maior entendimento da relação entre as escolas do território já descrito e o CAPSi CARIM.

### **2.2.1 Breve contextualização do Projeto**

O projeto de pesquisa e extensão teve como ponto de partida a necessidade de potencializar ações no território da AP 2.1 em acordo com o mandato público de um CAPSi que, além do atendimento aos casos de maior gravidade e complexidade, deve agenciar a demanda em SMCA no território específico, através da parceria e do trabalho colaborativo com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência como: educação, atenção básica/saúde geral, assistência social, justiça e direitos (NUPPSAM, 2015).

Sendo assim, desde janeiro de 2015 estão sendo realizadas ações de colaboração, parceria e compartilhamento pelo CAPSi-NUPPSAM com a Clínica da Família (CF) Santa Marta e Pavão-Pavãozinho-Cantagalo. São efetuadas reuniões que acontecem na sede da CF, com a presença do NUPPSAM, CAPSi CARIM, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde da clínica, profissionais do CRAS e CREAS, ONGs que funcionam na comunidade e que prestam assistência educacional e social à moradores do território, estas reuniões contam também com a participação das escolas destes territórios.

A análise dos dados da Porta de Entrada do CAPSi em questão, foi um marco que indicou a necessidade de estreitar parcerias nos territórios possibilitando a ampliação de acesso e a necessidade de desenvolver ações compartilhadas e parcerias com diferentes setores,

pensando nas possibilidades e desafios na construção de um território psicossocial para crianças e adolescentes.

Para estruturar as ações do trabalho colaborativo, o NUPPSAM e o CARIM se organizam como uma equipe ampliada do projeto na qual realizam encontros mensais que tiveram início no mês de março do ano de 2016, estes encontros objetivavam a organização das pautas das reuniões do Trabalho Colaborativo, planejamento e continuidade/andamento do projeto.

Como estratégia de compartilhamento, a Planilha de Ações Compartilhadas dos casos foi criada em 18 de setembro de 2015 como um espaço para a construção compartilhada do Projeto. Se configura como planilha do Google Drive e permite o acesso para os profissionais dos diferentes setores envolvidos na ação. Visa possibilitar a atualização permanente de informações ou decisões sobre os casos, permite a qualificação das estratégias e o aumento da corresponsabilização do cuidado.

### 2.3 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

As análises documentais foram realizadas através do levantamento de dados do livro de Porta de Entrada do CAPSi CARIM do ano de 2015 e 2016; da leitura das atas do Trabalho Colaborativo, também destes anos; da Planilha de Ações Compartilhadas dos casos e do diário de campo.

Para a coleta das informações foi realizado um levantamento dos casos do livro de Porta de Entrada do período estudado, as informações foram digitalizadas em forma de planilha do Excel no próprio CAPSi CARIM. Para esta pesquisa foram necessárias idas ao local para completar as informações digitalizadas pela equipe do projeto.

Foram também utilizadas as atas das reuniões do Trabalho Colaborativo, estas, que aconteceram de janeiro de 2015 até dezembro de 2016. Para o presente estudo foi realizado um recorte para as atas que tinham questões educacionais em pauta.

O registro de campo com as anotações realizadas durante o período do estágio, de fevereiro de 2016 a janeiro de 2017, foi também utilizado.

## 2.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Diante das informações utilizadas fez-se necessária a análise de conteúdo, definida por Bardin (apud SOUZA; VILLAR LUIS; KANTORSKI, 2011) como:

O tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente do original, facilitando sua consulta e referência; ou seja, tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (p. 223).

Minayo (2007) e Bardin (2009) apontam a importância da organização da Análise de Conteúdos em diferentes fases. Denominadas pelas duas autoras como: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A técnica adotada para a análise deste trabalho é classificada por Bardin (2011) como categorial ou temática, e para a autora “*funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos*” (BARDIN, idem, p. 201).

Dentre as diferentes fases da Análise de Conteúdo utilizadas nesta pesquisa, a pré-análise, permitiu a condução das operações de análises, favorecendo para a escolha dos documentos que foram submetidos à análise, assim como possibilitou reflexões para o desfecho da pesquisa.

Durante a etapa da exploração do material, foram realizadas buscas a fim de categorizar o texto, visando a síntese da informação à palavras significativas.

Os resultados da análise surgiram a partir da organização da análise e dos resultados, que permitiram a produção de gráficos e tabelas que facilitaram e destacaram as informações obtidas na análise.

Para a sistematização destes dados da pesquisa, a partir da análise temática, foi criada uma máscara de análise para a categorização dos temas.

Sendo assim, neste estudo, foi realizada a análise ao redor dos temas, orientada pelos eixos estabelecidos na produção das informações: 1) Parceria/articulação; 2) Situação escolar e 3) Demanda dos casos.

O tema 1 refere-se ao reconhecimento e aproximação da relação entre as escolas e o CAPSi CARIM, através da articulação que visa ampliar o cuidado em SMCA, assim como questões do contexto da criança e do adolescente. O tema 2 refere-se às situações que permeiam o âmbito escolar, relacionadas aos empasses e soluções. O tema 3 refere-se às demandas escolares e aos fatores que envolvem as questões educacionais das crianças.

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo a metodologia prevista, o presente estudo não envolveu seres humanos, sendo assim, não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, em acordo aos preceitos estabelecidos na Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitou todos os aspectos éticos no que tange ao zelo pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo, quando necessário, tornando os resultados desta pesquisa públicos.



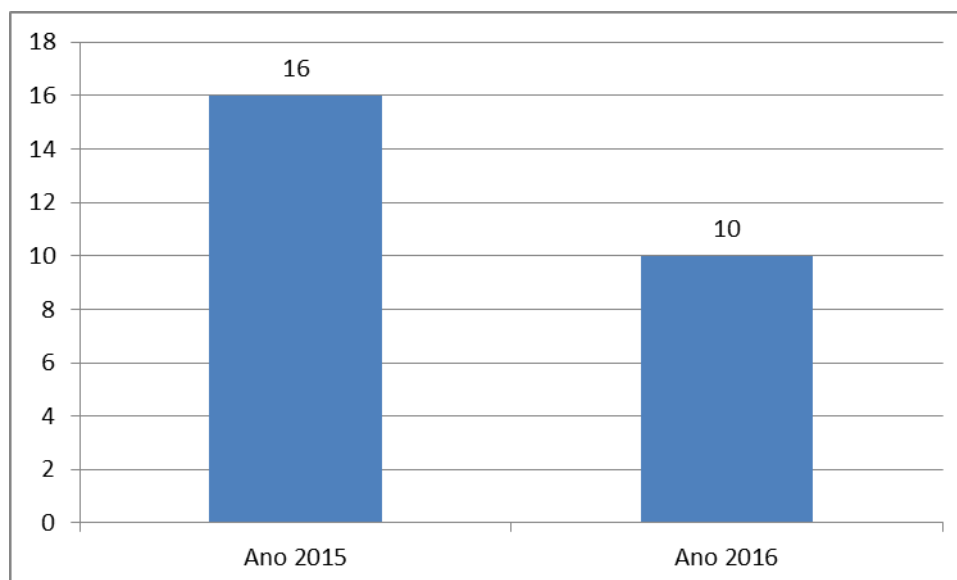
### CAPÍTULO III - RESULTADOS/DISCUSSÃO

A primeira análise foi através do registro de porta de entrada do CAPSi CARIM, procuramos identificar a origem dos encaminhamentos para este serviço, o que permitiu, a aproximação da pesquisadora com o tema do estudo. Através desta análise e da observação participante, foi possível compreender a estruturação da porta de entrada do serviço, o fluxo de entrada de novos usuários e a qualidade do preenchimento das informações.

Para o levantamento das informações da porta de entrada do CAPSi CARIM foi questionado quantos casos foram acolhidos nos anos de 2015 e 2016 que são do Pavão-Pavãozinho-Cantagalo a partir da área de cobertura do serviço. Do total de casos acolhidos, 181 do ano de 2015 e 155 do ano de 2016, apenas 16 crianças do ano de 2015 e 10 do ano de 2016, correspondiam a área da pesquisa (Pavão-Pavãozinho-Cantagalo), ou seja, 7,7% do total de acolhimento de casos novos no CAPSi CARIM são do território estudado, conforme apresentado no gráfico 3.1.

Levando em consideração os 5.000 moradores desta região, questiona-se o motivo pelo qual poucas crianças chegam ao serviço especializado de saúde mental CAPSi CARIM.

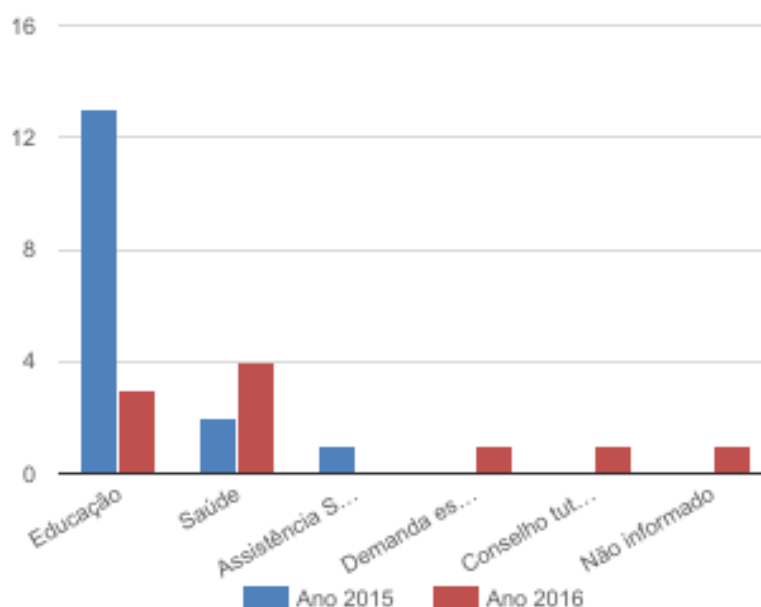
**Gráfico 3.1 - Número de acolhimentos realizados pelo CAPSi CARIM nos anos de 2015 e 2016 no território do Pavão-Pavãozinho-Cantagalo**



Ao identificarmos a origem destes encaminhamentos, 13 crianças do total dos 16 encaminhamentos, foram oriundas da educação, ou seja 81.25% dos casos encaminhados no ano de 2015 e no ano de 2016 apenas 3 crianças do total de 10, isto é 30% do encaminhamento.

Vale ressaltar que das 13 crianças encaminhadas das escolas para o CAPSi CARIM, 8 delas são oriundas de uma mesma escola. No entanto, esta escola não participa das reuniões do trabalho colaborativo por não ser do território da CF, onde as reuniões são realizadas. No ano de 2016 houve uma queda considerável no número de encaminhamentos advindos da escola, e a escola que no ano anterior havia realizado o maior número de encaminhamentos, não encaminhou nenhuma criança para o CARIM em 2016.

**Gráfico 3.2 - Procedência dos encaminhamentos no período de 2015 a 2016**



Para este trabalho também foi considerada a importância da análise do sexo e faixa etária dos encaminhamentos do território em estudo.

**Tabela 3.1 - Porcentagem do sexo e faixa etária dos encaminhamentos dos anos de 2015 e 2016**

	Masc.		Fem.		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4	5	25,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9	9	45,0	5	83,3	5	19,2
10 a 14	6	30,0	1	16,7	4	15,4
15 a 19	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 +	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ni	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	20	100	6	100	26	100

A tabela acima nos mostra uma grande diferença do número de encaminhamentos do sexo masculino para o feminino, similares aos achados de pesquisas anteriores (REIS, DELFINI, DOMBI-BARBOSA, & OLIVEIRA, 2010; TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2015). Outra característica que chamou a atenção da tabela 3.1 foi a idade. Pode-se observar que crianças na fase de alfabetização, dos 5 aos 9 anos, apresentam um número maior de encaminhamentos para o serviço de saúde mental. Diante desta informação, faz-se necessário estar atento ao processo de alfabetização oferecido pelas instituições escolares, pois de acordo com Weiss (2012), a alfabetização pode ser considerada uma questão de metodologia escolar, geradora de grandes dificuldades na escrita e leitura durante esta etapa e no desenvolvimento posterior.

Após essa análise preliminar da PE, realizamos a análise qualitativa das atas, da planilha das ações compartilhadas e registros do diário de campo. A análise foi organizada a partir dos temas, estes possibilitaram a interpretação das informações, que serão apresentadas abaixo.

### **Tema 1- Parceria-Articulação**

A parceria/articulação entre a educação e o dispositivo de saúde mental aparece como um assunto recorrente durante a análise. Este tema apresenta a importância da articulação entre os setores envolvidos no cuidado de SMCA e as dificuldades presentes nesta parceria.

Foi extraído das discussões dos casos, nas reuniões, em que as escolas se queixaram da demora do dispositivo de saúde mental em dar retorno sobre a construção do cuidado. Na reunião do dia 18/03/16, por exemplo, uma profissional da escola questiona a falta de diálogo sobre o modo que a saúde mental diagnostica e trata os casos uma vez que estes iniciam o acompanhamento. Observa-se que existem dificuldades na parceria e articulação para possibilitar o acesso do caso aos dispositivos, assim como na continuidade e construção do cuidado, como quando o caso passa a ser assistido regularmente por um serviço.

Tem sido observado o predomínio de práticas pautadas em uma lógica de encaminhamento, referência e contrarreferência de casos, levando a uma diluição e não compartilhamento da responsabilidade entre tais atores e dispositivos.

Segundo o relato (18/03/16) de um dos dispositivos (ONG/escola) envolvidos no cuidado de SMCA, a reunião do trabalho colaborativo é um momento de troca onde as escolas podem se sentir acolhidas e amparadas. Quando se é construído um ambiente no qual se possibilita a construção e resolução compartilhada das demandas pode-se contrapor a um modo de cooperação irregular que acontece de maneira específica a apenas alguns casos. Esta lógica de cuidado provoca um sentimento de desamparo nos profissionais, inviabilizando a lógica de cuidado compartilhado (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2017).

Uma das hipóteses exploradas neste trabalho é que a falta de parceria e articulação entre as escolas e o CAPSi pode também justificar o resultado encontrado do número de encaminhamentos por parte das escolas (exemplificado no gráfico 3.2). Entende-se que a partir da compreensão e responsabilização do CAPSi em assumir o compromisso do cuidado de todas as crianças com questões de SMCA do seu território, o fato da criança ser ou não encaminhada para o dispositivo de saúde mental não estará mais em questão.

Desta forma, as ações a serem desenvolvidas no caso deve ser fomentada por cada ator envolvido no cuidado, para que seja possível, a partir desta discussão, construir o caso. Para então, estruturar ações conjuntas no cuidado (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2017).

Temos como exemplo, uma situação de evasão escolar, a qual também nos fez refletir a parceria/articulação e o cuidado. Em um dos casos, foi compartilhado na planilha de ações compartilhadas em setembro de 2016, pela equipe do CARIM, o relato de que foram à escola, cumprindo um acordo da reunião do trabalho colaborativo, para conversa com a professora da sala de recursos e com o diretor adjunto da escola para discutir sobre a continuidade dos estudos da criança. Havia sido acordado que o aluno seria assistido e auxiliado na aprendizagem. O diretor havia se comprometido em ir na próxima reunião do trabalho colaborativo para dar o retorno do andamento do caso na sala de recursos. Entretanto, na reunião seguinte, o diretor não

esteve presente e o CARIM relatou que a criança não havia retornado aos estudos. Este exemplo faz-nos refletir a desarticulação e fragmentação da rede de cuidado, questionando-nos acerca do que cabe a cada dispositivo. No trabalho em rede e na corresponsabilização sobre os casos ainda há pouca menção, o que resulta em um isolamento dos serviços em suas próprias ações e uma consequente desarticulação de suas ações (DELFINI & REIS, 2012).

## **Tema 2- Situação escolar**

Pensando em uma análise do cotidiano escolar temos como exemplo algumas práticas de situações escolares que foram elencadas por aparecerem com maior frequência nos registros dos documentos estudados: relação da frequência escolar, evasão escolar, sala de recursos e mediador escolar.

A partir da ata da reunião do trabalho colaborativo do dia 29/04/2016, foi apresentado pela escola, uma situação de mediação escolar. Com a queixa de que a criança (7 anos) “não para em sala de aula”. A organizadora da ONG que a criança frequenta relata na reunião do dia 20/05/2016 que algumas vezes a criança é impedida de entrar na escola, e que não tem frequentado as aulas por falta de mediador. Neste caso, o mediador aparece como condição para permanência da criança na escola, entretanto, sabe-se que o fato da criança não estar na escola pode se apresentar como um fator de risco.

A literatura tem apontado que crianças fora da escola contrapõe com os direitos da criança e do adolescente no qual, a lei preconiza que é direito de toda criança e adolescente o acesso à educação. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB 9394/96) refere-se ao direito à educação e ao dever de educar, sendo assim:

O acesso à educação básica obrigatória é direito público subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída e, ainda, o Ministério Público, acionar o poder público para exigi-lo (BRASIL, 1996).

Deve-se então refletir sobre todas as vias que se constroem em relação à educação. Pode ser uma questão advinda da sociedade, da escola ou do aluno (WEISS, 2012). Desta forma, entende-se que o sistema educacional precisa pensar em alternativas e possibilidades para que seja possível que qualquer criança frequente a escola.

Um dos caminhos criados para atender às crianças com dificuldades escolares é a Educação Inclusiva, que a partir de recursos e estratégias educativas possibilita a permanência e participação do aluno na escola.

É importante elencar alguns aspectos presentes no cenário das Políticas Públicas para a Educação Inclusiva, como:

O acesso e permanência da criança com necessidades educacionais especiais à escola regular; as adaptações no ambiente escolar e as adaptações curriculares; o suporte pedagógico oferecido à escola regular; o trabalho das escolas ou centro de atendimentos especializados; e por fim, a formação dos professores (SALGADO, 2012,p.31).

Na reunião do dia 30/09/2016 do trabalho colaborativo, a partir da discussão de inclusão de uma criança com transtorno mental, foi questionada a forma como as crianças são “depositadas” na escola, termo utilizado pela coordenadora da instituição ao falar da grande demanda para esta escola, justificando a necessidade do apoio/mediador escolar. Acredita-se assim, que com o apoio de uma mediação escolar seria possível uma mudança no relato da profissional da escola.

O mediador escolar, citado nos casos apresentados, pode sim ser uma via alternativa para facilitar e um fator motivador para a aprendizagem, entretanto, apesar de ser garantido pela lei, ainda são encontradas dificuldades para que a criança obtenha esse benefício, no entanto, isto não pode ser um impasse para a permanência da criança na escola, o que se tem visto em algumas situações nas escolas do território estudado.

Sendo assim, as escolas devem acolher todas as crianças, com atividades pedagógicas centradas na necessidade de cada uma, incluindo crianças com deficiências assim como aquelas que temporariamente apresentam alguma necessidade que a esteja impedindo de acompanhar o currículo proposto pela escola (TAÑO, 2017).

Deve-se levar em consideração que a descrença por parte dos professores pode acarretar nas situações deste tema, interferindo no relacionamento com os alunos, não encontrando maneiras para ensinar e conseqüentemente rotulando-os como deficientes (CABRAL & SAWAYA, 2001).

Este fato pode estar relacionado ao ato de responsabilizar a criança pelo seu fracasso do investimento na aprendizagem, entretanto, pouco se produz de forma individual para que estas crianças possam aprender. Podendo ocasionar a evasão escolar pós dificuldade escolar, dificuldades na aprendizagem e desinteresse (TAÑO, 2017).

Um adolescente de 13 anos iniciou o processo de acolhimento no CARIM no ano de 2013, mas só efetivamente iniciou o acompanhamento no serviço em 2015. Foi encaminhado por uma escola que participa das reuniões do trabalho colaborativo, com queixas de dificuldade de aprendizagem, comportamento agressivo e roubos; além de faltas frequentes. A família é composta por mais 3 crianças, o pai biológico da criança é usuário de drogas. Mesmo com frequência irregular no CARIM, com algumas faltas justificadas pela falta de recursos financeiros para o transporte até o CAPSi, foi avaliado que a criança se beneficiaria de um acompanhamento regular no serviço, após a conclusão de que a dificuldade de aprendizagem não se dava por déficits cognitivos, mas em função do esgarçamento dos laços com a escola. Havia necessidade de articulação territorial para o cuidado dessa família; e a fim de viabilizar suas vindas (passe-livre, por exemplo). No relato de janeiro de 2016, CARIM traz apontamentos sobre a ida na escola da criança, a escola foi bem taxativa em relação a criança, que só faz o que lhe interessa, com comportamento agressivo, assim como uma desimplicação da mãe dele com as questões escolares. A escola cogitou acionar o conselho tutelar, entretanto o CARIM sugeriu que se pensasse em outras alternativas, a fim de evitar um maior esgarçamento.

Ainda que os parceiros envolvidos no cuidado participem das reuniões mensais do trabalho colaborativo, este caso nunca foi discutido. Não há informações do caso desde abril de 2016, o que o torna exemplo de descontinuidade da articulação da rede.

No exemplo citado na planilha de ações compartilhadas, no mês de maio de 2016, é possível reconhecermos as dificuldades no cuidado, a criança teve sua carga horária da escola reduzida, segundo o CARIM, a mesma se queixa por ficar pouco tempo na escola. A escola justifica que o motivo desta redução de carga horária se deu por o aluno ser “bagunceiro”, além disso, aponta que este caso é o mais difícil da escola. A escola relata estar tentando alternativas como: grupo de reforço e momentos mais próximos com a equipe pedagógica mas, ainda assim, segundo a coordenadora a criança não suporta permanecer tanto tempo na escola.

Entendemos que esta fragilidade no cuidado pode se tornar um motivador para a evasão escolar e ainda demonstra a falta de preparo e de estrutura da instituição de ensino perante o processo de ensino e aprendizagem.

Em contrapartida, há uma fala de outra escola que também frequenta as reuniões do trabalho colaborativo que apontou na reunião do dia 18/03/2016 que diferentemente de outros dispositivos da educação, esta escola/ONG relata não ter casos de evasão escolar. Levanta como hipótese o horário integral, as turmas reduzidas, a oferta de educação do ensino infantil ao médio e a proximidade com os responsáveis das crianças.

Taño (2017) afirma com sabedoria, que para as crianças e adolescentes, *“Mais uma vez, se coloca o desafio de coletivizar o compromisso, e reestabelecer normas, funcionamentos,*

*ofertas e dinâmicas que os aproximem, criando um campo de pertencimento efetivo e potencialmente transformador” (p.96).*

### **Tema 3- Demandas dos casos**

O terceiro tema aponta as demandas dos casos que foram recorrentes nas reuniões e na planilha de Ações Compartilhadas. Como por exemplo agressividade, situação familiar, dificuldade de aprendizagem, medicação, entre outros. Isto se dá a partir das diferentes maneiras que os profissionais compreendem como a criança expressa o que está acontecendo com ela, e o impacto no cotidiano como na família, no território, na escola... (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2017).

De acordo com o relato de uma profissional da educação, as crianças chegam da creche para a escola já apresentando sinais de agressividade. Sendo este um marcador nesta escola para crianças mais novas. Já em crianças mais velhas, a escola aponta como queixa a dificuldade de aprendizagem.

É preciso buscar entender o que há por trás da conduta da agressividade para então pensar o que a criança quer apresentar com esse comportamento e assim, compreender o que a escola considera quando aponta agressividade como queixa para o encaminhamento.

Em um dos encaminhamentos da educação para o CAPSi, a queixa principal do caso se deu a partir da agitação, agressividade e problemas de aprendizagem que a criança apresentava na escola. Essas são as únicas informações que obtivemos do caso durante as análises dos documentos, a partir da descrição do caso na planilha de ações compartilhadas. Pode-se questionar se o “caso se perdeu”, podendo chamar a atenção para a descontinuidade do cuidado por parte de todos os setores envolvidos no cuidado.

A psicopedagoga Weiss (2012) aponta que alguns fatores estão relacionados as dificuldades de aprendizagem: biológicos, geográficos, históricos, culturais, econômicos, educacionais etc, podem determinar o processo de aprendizagem do sujeito.

Na pesquisa de Souza & Castro (2008) foram realizadas entrevistas com os docentes e obtiveram como justificativas para a agressividade problemas em casa ou na família. Ficou evidenciado que estes professores procuravam considerar o contexto dos alunos, as necessidades afetivas e os problemas para que fosse possível chegar a um entendimento.

Há um exemplo encaminhado da escola para o CAPSi que a descrição do caso na planilha de ações compartilhadas aponta que a criança não aceita limites, faz um enfrentamento



aos adultos, não obedece, bate nos colegas e fala pouco. Nesta situação, a escola associa esses comportamentos na “falta de pulso” que a mãe tem com ele, a mãe contrapõe dizendo que se o pai fosse mais presente eles não estariam passando por este problema.

Segundo Assis, Constantino & Avanci (2010) as relações familiares podem se pautar de formas distintas, como:

Falta de tempo e de atenção dos pais; falta de participação nas atividades dos filhos; falta de coesão e solidariedade entre os membros da família; ausência de afeto nas relações familiares; incoerência nas práticas disciplinares e de orientação; uso da violência nas relações familiares cotidianas; abuso de poder e uso exagerado de punição; falta de normas; superproteção dos filhos; forma violenta de resolução de conflitos parentais e entre irmãos (2010, p.114).

Há um outro exemplo, que também pode estar relacionado com questões familiares, em que a criança foi encaminhada pelo NASF da CF, com queixa de alterações no comportamento e rendimento escolar, alteração do sono com dificuldade para dormir, irritabilidade e distração, além de isolamento social e sintomas somáticos, estes que vêm sendo apresentados pela criança desde a separação dos pais.

Em outro caso da planilha de ações compartilhadas, em maio de 2016 o CARIM compartilhou que foi dito no serviço pela mãe que as coisas estão difíceis na escola, pois os colegas da escola batem nele, além disso, relata que o filho não sabe escrever, mas que ela e o marido também não sabem. Há relatos de que a criança implica, grita na sala de aula e não faz os deveres. A coordenadora da escola diz se preocupar com ele, pois imagina que isso afeta sua auto-estima.

Esses exemplos fazem-nos refletir para a importância da compreensão do processo de aprendizagem e todo o entorno. Sendo necessário a dedicação dos profissionais no cuidado das crianças.

Outra demanda recorrente, pode ser exemplificada pela descrição do caso na planilha de ações compartilhadas, de uma criança que apresenta comportamento agitado e hiperativo há a cobrança de um laudo por parte da escola para a solicitação de mediador, além de pedido de medicação para o aluno visto que seu comportamento é bem agitado e hiperativo.

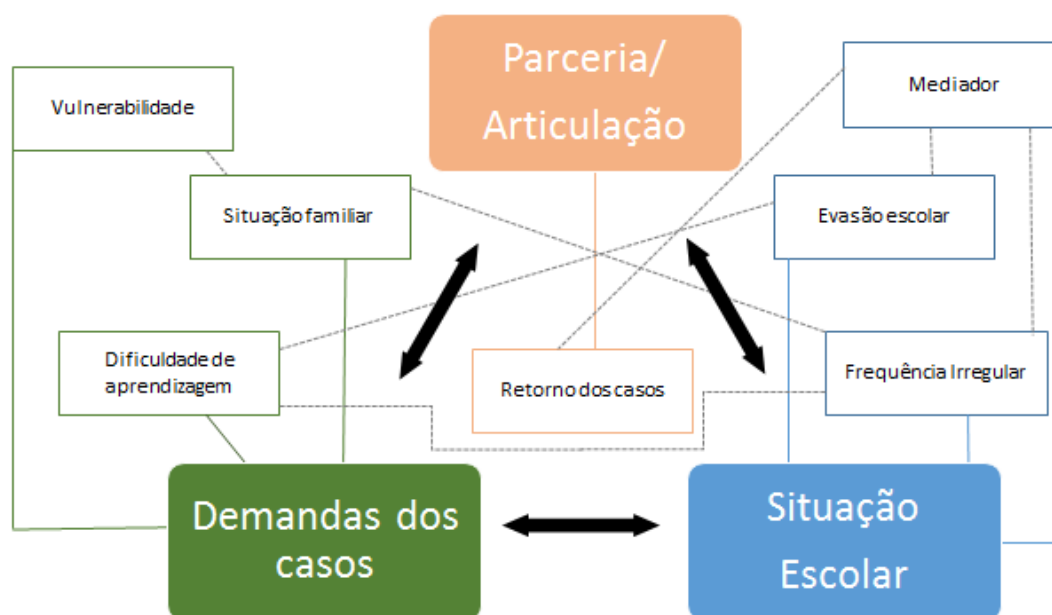
O questionamento pelo diagnóstico é uma categoria que não apareceu apenas no caso descrito acima. Foi também evidenciado como uma forma de retorno por parte dos dispositivos. Inserido neste tema por ser uma queixa da educação frente aos dispositivos de saúde, solicitado na reunião do dia 30/09/2016 uma “avaliação multidisciplinar” para esclarecer o diagnóstico da criança, somada à falta de laudo para que seja possível a solicitação do mediador. Segundo a queixa de uma profissional da educação, para ela, é necessário que se defina o diagnóstico da criança, nem que este seja “culpa da professora”.

As diferentes queixas relacionadas à educação disparam a importância de se pensar na responsabilização do caso e aponta para a necessidade do cuidado intersetorial, fomentando também a necessidade dos profissionais em reconhecer o valor de trabalhar com as famílias.

### 3.1 CORRELAÇÃO DOS TEMAS DE ANÁLISE

A partir da análise dos documentos e dos temas sistematizados, foi possível identificar uma correlação entre eles, ilustrado na figura 3.1. A frequência irregular nas escolas muitas vezes está relacionada aos problemas e dificuldades de permanecer na escola, como por exemplo, o comportamento e a dificuldade de aprendizagem, que se constituem como um elemento dificultador no cuidado da criança. A falta de resposta das demandas fragiliza ainda mais esta relação entre os dispositivos, dificultando a construção de redes de parcerias. Reafirmando a fala de Vincentin (2006): *“trabalhar em rede é trabalhar convergentemente, mas não indiferenciadamente. Tanto mais diferenciado e heterogêneo os lugares na rede, mais rede”* (p.15).

**Figura 3.1- Correlação entre os temas de análise**



O CAPSi deve ser compreendido como um serviço estratégico, que se propõe a pensar e problematizar também casos que não tenham gravidade que requerem o acompanhamento

sistematizado no próprio serviço. Este dispositivo deve favorecer ajuda aos demais setores, através de respostas às demandas dos encaminhamentos para o serviço e facilitando o cuidado para que o caso não se agrave (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2017).

Foi possível analisar o “descuido” do caso em algumas situações, onde as informações e respostas sobre o caso se perderam. Este fato é disparador para refletirmos sobre as ações do Trabalho Colaborativo, e o envolvimento/ compreensão dos profissionais envolvidos no cuidado. Os profissionais devem se sentir apoiados para o enfrentamento dos problemas. A intersetorialidade é um facilitador na articulação do cuidado e, para Couto & Delgado (2010), requer a intervenção de uma presença viva para sua constituição.

Couto e Delgado (2016), consideram que a presença viva é imprescindível para que a rede seja construída, para isso, é necessário que um dispositivo de saúde mental, atue como um ponto de partida. Para que a rede se torne realidade, é necessário que “o ponto de partida” integre a rede outros componentes, possibilitando “a corresponsabilização, o compartilhamento do conhecimento, a colaboração intersetorial e institucional” (p. 182).

A fragilidade na rede pode acarretar na falta de resposta e solução para o caso, o que fragiliza cada vez mais a articulação e parceria do cuidado. O que nos faz refletir e aprofundar nas análises a discussão de como os setores tem pensado suas práticas.

A categoria da evasão escolar é um exemplo da relação apresentada na figura 3.1, que envolve todos os tópicos citados. É um espelho da falta de parceria-articulação entre os dispositivos, que poderia agir favorecendo para outras alternativas e possibilidades. É um reflexo das dificuldades de aprendizagem, agressividade, situações familiares e outros comportamentos, no qual a escola e o CAPSi, devem acolher e buscar compreender para sanar as dificuldades da criança em permanecer na escola.

As demandas da criança devem ser identificadas, analisando os impasses e desafios para a concretização do cuidado e garantia dos direitos das crianças e adolescentes. O trabalho colaborativo deve se constituir para uma articulação potente entre as vias de cuidado.

Entretanto, a falta de resposta de um dos dispositivos para a demanda, fragiliza a construção de parceria, gerando uma “lacuna”, um longo tempo de espera entre a formulação da demanda, ainda que não seja uma demanda de saúde mental, mas deixa essa falha no *feedback*, o que caracteriza como um impasse no cuidado e uma fragilização da rede.

Pode-se observar que durante muitos encontros, os casos vistos como “mais graves”, onde demandavam mais atenção e necessidade de compartilhamento acabavam tomando o espaço de outras situações/casos que passavam despercebidos. Entretanto, o fato de um caso específico ser muito citado, não significa que o compartilhamento está acontecendo de fato.

Temos como o exemplo o caso abaixo, uma situação já apresentada anteriormente no trabalho (Tema 2) e abordado diversas vezes nas reuniões do trabalho colaborativo.

Um menino de 7 anos, encaminhado da escola pelo CAPSi por apresentar dificuldade de aprendizagem e “não parar quieto em sala de aula”, através destas queixas, a escola busca por laudo médico e mediador escolar. Possui frequência irregular no CARIM e na sala de recursos onde estava prestes a ser desligado, segundo relato da reunião do dia 29/07/16. Foi solicitado pela Coordenadorias Regionais de Educação (CRE) e PROINAPE o mediador, mas não foi possível pois a criança não estava frequentando a escola, não sendo realizada a avaliação. Entretanto, a criança frequenta com regularidade uma ONG do território e apresenta comportamentos diferentes do ambiente escolar, demonstrando interesse e evolução no comportamento, a representante da ONG apontou na reunião do dia 20/05/16 que algumas vezes ele é impedido de entrar na escola e indica a necessidade de estreitar parcerias dos setores que o acompanham afim de diminuir o desgaste dos professores. Há situação de vulnerabilidade social da família, incluindo questões de habitação, renda e condição de saúde da avó que é cuidadora.

Esse caso evidencia a correlação entre as categorias de análise, pois a demanda do caso está ligada à situação familiar, à vulnerabilidade e dificuldade de aprendizagem, que se ligam à frequência irregular, a busca por um mediador escolar e conseqüentemente à evasão escolar. A necessidade do retorno do caso e a importância de estreitar a relação entre os setores envolve a parceria e articulação, que se configura como um mecanismo a fim de favorecer a percepção dos problemas e possíveis soluções para as demandas deste caso.

### **3.1.1 Caso M.: ilustrando os desafios da articulação entre o CAPSi e a escola**

M., sexo masculino, 9 anos. Morador do Pavão-Pavãozinho-Cantagalo, Copacabana, RJ. Deu entrada no CAPSi CARIM no dia 28/08/2015, no registro da porta de entrada não foi relatado o motivo de seu encaminhamento. Estudava na escola CIEP João Goulart. A breve descrição do caso na planilha de ações compartilhadas relata que M. apresenta um quadro de agressividade (bate nos colegas), agitação, dificuldade de aprendizagem.

No mês de outubro de 2015, o CARIM apresentou informações sobre o caso na planilha de ações compartilhadas que relatavam que M. está frequentando semanalmente o CAPSi. O caso chegou encaminhado da escola, e quando o serviço fez contato com a instituição a coordenadora apontou que a criança já traz “um histórico” da escola anterior, onde fazia um turno de apenas duas horas. A equipe do CARIM relatou que iria à escola para entender melhor as dificuldades apresentadas por ele. M. não sente vontade de ir para a escola e apresenta dificuldade no relacionamento com os outros alunos. Em novembro de 2015, na planilha, o CARIM contextualiza que a agressividade também aparece em relação a outras crianças na vizinhança.

Após o convite realizado à cinco escolas do território para a participação na reunião do trabalho colaborativo, a diretora da escola João Goulart esteve presente na reunião do dia 18/03/2016. A equipe do CARIM realizou um levantamento dos casos de crianças que estudavam nesta escola e frequentavam o CARIM. Sendo assim, o caso de M. foi abordado na reunião de equipe do projeto (15/04/2016), onde a psicopedagoga do CARIM fez um breve relato do caso que foi avaliado há alguns meses no serviço. Após avaliação, foi decidido o encaminhamento da criança para o ambulatório de SM do CMS JBB. Na época, a responsável pelo caso ligou para a escola e conversou com a diretora, que se mostrou contrária a avaliação do CARIM.

Em uma visita da psicopedagoga à escola, a professora de artes, disse que M. gostava de pintar e interagia bem, mas a diretora interferiu, dizendo que não era sempre assim, mostrando-se insatisfeita com a resposta da professora.

Durante esta reunião do projeto, após esse breve relato da visita, a psicóloga do CARIM (que participou da discussão por telefone) trouxe que a escola queria o apoio do CARIM para dar o diagnóstico de “autismo” e houve divergência de opiniões. A escola procurou a CRE para dar o parecer do caso, que confirmou o diagnóstico de autismo. A psicopedagoga apontou que a posição reativa da escola com CARIM pode estar relacionada ao fato de que, frente a divergência, não houve nenhum encaminhamento do caso. Foi perguntado então qual a atual situação do caso – está no CARIM ou foi para o ambulatório? A psicopedagoga frisa que a avaliação da referência do caso é de que a dificuldade da criança é pedagógica. Todos discordam da avaliação da CRE de que a criança é autista (em tempo, a psicóloga, que havia informado o diagnóstico feito pela CRE, verificou que na verdade trata-se de outra criança e não de M.). A psicopedagoga aponta que provavelmente este seria um dos casos que a diretora levaria na reunião do trabalho colaborativo. Foi perguntado quem ficaria responsável pelo caso,

uma vez que foi decidido que o mesmo ficaria no CARIM até ser repactuado com a escola e a família os próximos encaminhamentos.

Na reunião do trabalho colaborativo, que aconteceu no mesmo mês da reunião citada acima (15/04/2016), o caso de M. foi uma das pautas. A escola informou que o mesmo não consegue ser alfabetizado, possui grandes dificuldades de aprendizagem, e que isto vem preocupando a escola. No CARIM, estava sem atendimento regular e apenas, na semana desta reunião, foi organizado o processo de cuidado para M. e família, com o acompanhamento da pedagoga do CARIM (que iria colaborar com a escola para construção de uma via mais efetiva de aprendizagem).

Na reunião do trabalho colaborativo que aconteceu dia 24/06/2016, o CARIM informou que M. tem ido regularmente ao serviço, assim como sua mãe. O atendimento no CARIM seria mantido e as trocas de informação com a escola seriam mais regulares, como forma de cooperação para o melhor acompanhamento do caso.

Na reunião do dia 29/07/2016, o CARIM compartilhou com o CIEP o andamento do trabalho. Em 30/09/2016, o CARIM levou detalhes dos atendimentos de M. como: o quanto é difícil ficar longe da mãe, o medo que sente na comunidade e a ausência do pai. A escola apontou que M. demanda muita atenção e é muito agressivo. Foi apontado quanto a dificuldade de M. com a leitura e escrita e a facilidade em raciocínio lógico/ matemático. A coordenadora solicitou uma avaliação multidisciplinar para esclarecer qual o diagnóstico de M. A equipe do CARIM já estava envolvida na avaliação de M. Mais uma vez, havia ficado como sugerido que a equipe do CARIM apoiasse à escola para favorecer a participação de M. no ambiente escolar.

Na reunião do mês seguinte, a mãe de M. relatou que a escola “solicitou” que ela procurasse outra escola para M. Sendo assim, a criança foi transferida para Escola Roma. O CARIM, relatou o processo de atendimento e informou os efeitos da mudança de escola (mãe não recebeu reclamações na escola nova e há relatos de que ele possui boa interação com os demais colegas).

O caso não foi mais discutido nas reuniões até o presente momento e a última atualização do caso foi realizada pelo CARIM no qual foi relatado em março de 2017 que houve mudança no técnico de referência de M. e que o caso ainda seria retomado para o processo de cuidado. M. continua tendo dificuldades em lidar com a questão da violência no território. Além disso, a mãe de M. havia ficado de informar a situação recente da inserção na escola (a criança não está mais na escola Roma e sim na Castelo) justificando já ter sido chamada para conversar sobre o M.

Vale ressaltar que as escolas Roma e Castelo ainda não participam das reuniões do trabalho colaborativo, por uma solicitação do coordenador da clínica da família em começar o trabalho apenas com 5 escolas do território. Este caso, apesar de bastante discutido entre os setores, apresenta uma falha na comunicação entre os serviços e efetivação do cuidado. Como já discutido, a grande demanda dos dispositivos associados à falta de comunicação-informação leva à dispersão de muitos casos que estão presentes na assistência do cuidado.

A partir deste caso e outros citados neste trabalho, reconhecemos uma necessidade de se pensar a intersetorialidade na atenção psicossocial de crianças e adolescentes. É possível perceber que os dispositivos não têm encontrado maneiras efetivas no cotidiano para sustentar o cuidado e a articulação.

Uma das vias a ser pensada visando o fortalecimento da colaboração e o compartilhamento do cuidado, a fim de acabar com a lógica de descontinuidade é através de propostas de compartilhamento, como as reuniões do trabalho colaborativo. E ações de promoção em saúde mental, tornando um caminho de construção e efetivação da atenção psicossocial.

De acordo com Couto & Delgado (2016), as ações de cuidado e promoção da saúde, devem ser desenvolvidas tanto em sua dimensão específica (através da oferta de serviços ou ações específicas de SMCA, na rede básica e/ou na atenção psicossocial), quanto em sua dimensão transversal (pelo desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental nos intersetores, com destaque para educação, assistência social, cultura, lazer, etc.).

Devem ser construídos modos de intervenção que não se restrinjam aos dispositivos especializados de saúde mental, incluindo a responsabilização e compreensão de outros dispositivos e o território, visando possibilidades no cuidado, participação e inclusão escolar e no âmbito social. As ações que contribuam para promoção de experiências de pertencimento podem diminuir agravos à saúde mental e, conseqüentemente às demandas escolares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersetorialidade, como definida pelo Plano Decenal da Criança e do adolescente (2011), é baseada em uma ideia de descentralização, visando uma gestão para além de um único setor, a fim de alcançar objetivos e metas comuns. Através do objetivo do presente trabalho, ao analisar os desafios na articulação entre a escola e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, foi possível perceber a descontinuidade do cuidado nesta relação.

A partir dos dados provenientes das análises documentais e da observação participante foi possível identificar uma importante falha na articulação do CAPSi com a escola no território estudado, o que contribui para pensarmos nos encaminhamentos e nas demandas oriundas da educação para a saúde mental, no retorno dos casos e responsabilização por parte do CAPSi, indicando a necessidade de possíveis práticas da articulação da saúde mental com o território.

A proposta ampliada de cuidado em saúde torna-se possível a partir da compreensão da articulação da rede como estratégia de promoção em saúde mental, pensando em possibilidades para reduzir a descontinuidade do cuidado. A participação no desenvolvimento de propostas de promoção em saúde mental requer uma responsabilidade do CAPSi e de outros setores envolvidos no cuidado, com destaque para educação, assistência social, cultura, lazer, etc.

É necessário que todos os serviços envolvidos compreendam a lógica deste cuidado, principalmente o CAPSi, entendendo seu papel como articulador do cuidado em saúde mental, não só de casos que são atendidos no serviço, mas como gestor de todo o seu território. As escolas, devem compreender que essas ações fazem parte da atenção e favorecem para o desenvolvimento integral e proteção dessas crianças.

Uma potente estratégia de promoção em saúde mental de crianças e adolescentes deve-se dar no território a partir de uma escuta qualificada dos temas que abrangem a instituição escolar, sendo esta aproximação de grande relevância para a saúde mental. Evidenciando por exemplo ações com os familiares, visto que as questões familiares se constituem como um fator desencadeador de queixas e encaminhamentos, correlacionando e evidenciando a importância desta articulação.

Através da parceria entre os setores de atenção às crianças e adolescentes, a falta de respostas diante das demandas pode ser evitada e uma melhor compreensão do caso pode facilitar a relação da criança com a escola e com os dispositivos de saúde. O que reforça a ideia da importância da intersetorialidade como uma potente via para repensar as demandas das crianças e os encaminhamentos.



Esta pesquisa foi ao encontro dos autores (COUTO, DELGADO & TEIXEIRA, 2015, 2017; DELFINI & REIS, 2012; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2016; TAÑO, 2017) que discutem este tema, fomentando para a importância da articulação e parceria da rede. A comunicação entre os dispositivos deve ser realizada de maneira efetiva, não permitindo a perda dos casos e a dispersão de casos que não são atendidos no CAPSi.

Quanto aos limites do estudo, devemos destacar que foram realizadas apenas análises documentais e observação participante dentro de um período específico de 2 anos. Não foram realizadas entrevistas aos profissionais dos serviços de saúde mental e da educação, o que poderia nos proporcionar uma visão mais aprofundada frente às demandas.

Por fim, fica evidente a necessidade de ampliar ações em saúde mental, conscientizar a colaboração e corresponsabilização intersetorial e consolidar parcerias entre os diferentes setores para a efetivação da rede ampliada em saúde mental de crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; SÁ, R.F.; MOYSES, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4291-4300, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**/ Paulo Amarante, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

ASSIS, S. G., CONSTANTINO, P.; AVANCI, JQ. orgs. **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010. 260 p. ISBN 978-85-7541-330-2. Disponível em SciELO Books.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. **Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção à saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1333-1356, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007>.

BOARINI, M. L. Indisciplina escolar: uma construção coletiva. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v.17, n.1, p.123-131, junho 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572013000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572013000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572013000100013>.

BRASIL, Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL, Ministério da Educação. **Manual de Orientação: Programa de Implantação de Sala de Recursos Multifuncionais**. Brasília: Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Especial, 2010.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução SME nº 1.074, de 14 de abril de 2010**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Educação, 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3487204/DLFE-264117.pdf/1.0>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília: Ministério da saúde/ Conselho Nacional do Ministério Público, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, **Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2011

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 6, n. 2, p. 143-155, 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413294X2001000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2001000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em junho de 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2001000200003>.

CID, M. F. B. **Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção** [Tese]. São Carlos: Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos; 2011.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, julho 2015. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010356652015000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652015000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em janeiro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Construção de territórios psicossociais para crianças e adolescentes: trabalho colaborativo intersetorial para ampliação do acesso, qualificação do cuidado e superação de vulnerabilidades. Ofício de compartilhamento das ações; documento síntese. Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2016.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dezembro 2008. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462008000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed.Hucitec. 2010, p. 271-279.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Edith Lauridsen-Ribeiro, Cristiana Beatrice Lykouroupolous. (Org.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016, v. 1, p. 161-192, 2016.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. TEIXEIRA, M. R. Relatório das atividades realizadas no ano de 2016. Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2017.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fevereiro 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

ELIA, L. F.; AMARAL, N.; SANTOS, K. W. A.; PINTO, R. F.; ARMOINY, N. S. **Impactos da política de saúde mental infano-juvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico**. In: Edith Lauridsen Ribeiro; Oswaldo Yoshimi Tanaka. (Org.). *Atenção em Saúde para crianças e adolescentes no SUS*. 1ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, v. 1, p. 211-229.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; ARRIGONI, R.; LEAL B, M, M, L. **A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi)**, In: Edith Lauridsen-Ribeiro, Cristiana Beatrice Lykouroupolous. (Org.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016, v. 1

LEAL, E.; DELGADO, P. **Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. In: PINHEIRO, P. (Org.). *Desinstitucionalização de saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 137-154.

MATSUKURA, T. S.; TAÑO, B. L. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Revista de terapia ocupacional da USP**, v. 25, n. 3, p.208-216, 2014.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOCELIN, M. **Crianças com sinais de desatenção/hiperatividade: O imaginário abstraído da fluidez dos rótulos**. Vitória/ES, 2008. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/nometese\\_138\\_MARLEIDI%20MOCELIN.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/nometese_138_MARLEIDI%20MOCELIN.pdf)> Acesso em abril de 2017.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

MOUSINHO, R. et al. Mediação escolar e inclusão: revisão, dicas e reflexões. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 27, n. 82, p. 92-108, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em junho de 2017.

OLIVEIRA, M. F. A. P. B.; MENDONÇA, J. O Capsi e a rede ampliada: intersetorialidade, In: Edith Lauridsen-Ribeiro, Cristiana Beatrice Lykouroupolous. (Org.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016, v. 1

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

REIS, A. O., DELFINI, P. S. S., DOMBI-BARBOSA, C., & OLIVEIRA, M. F. A. P. B. (2010). **Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis**. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Eds.), *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp.186-210). São Paulo: Hucitec.

SALGADO, A. M. **Impasses e Passos na inclusão escolar de crianças autistas e psicóticas: o trabalho do professor e o olhar para o sujeito**. Curitiba, 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Paraná

SOUZA, J., KANTORSKI L.P., VILLAR LUIS, M.A. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem.*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>>. Acesso em: maio de 2017

SOUZA, M. A.; CASTRO, R. E. F. Agressividade infantil no ambiente escolar: concepções e atitudes do professor. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, n. 4, p. 837-845, Dec. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400022>..

TAÑO, B. L. **A constituição das ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017, p. 17-258. Doutorado em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial) - Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>.

TSZESNIOSKI et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2015.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

WALLON, H. Ciclo da Aprendizagem: *Revista Escola*, ed. 160, Fundação Victor Civita, São Paulo, 2003

WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar**. 14 ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.

World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra, World Health Organization; 2001. Disponível em <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp->

<content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf> >.