

**IMPORTÂNCIA E DESAFIOS DO TRABALHO EM REDE
ENTRE A ESCOLA E UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL BRASILEIRO**

**IMPORTANCE AND CHALLENGES OF NETWORKING
BETWEEN THE SCHOOL AND A BRAZILIAN JUVENILE
MENTAL HEALTH SERVICE**

**Katy Lopes Duarte
Eloisa Mello de Souza
Luna Rodrigues**

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Resumo: No Brasil, em meados de 1970 se acentuaram as discussões em torno da necessidade de mudanças no modelo assistencial oferecido aos portadores de doença mental, submetidos até então à hospitalização e ao asilamento. Uma questão pertinente ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira era a lacuna apresentada na assistência de crianças e adolescentes. Com o objetivo de superar esta delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe eram inerentes, foi elaborada uma política de saúde mental para infância e adolescência, integrada à política geral de saúde mental do SUS. O presente estudo tem como objetivo descrever e analisar a articulação que o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Paracambi realiza com as escolas que lhe enviam demandas, a partir da perspectiva de profissionais que atuam na área da saúde mental. Estudo exploratório de natureza qualitativa é um recorte de uma pesquisa maior da qual participaram 14 profissionais do CAPSi. Por meio dos resultados foi possível perceber que existem dificuldades na organização da rede, explicitando o quanto é complexa a articulação entre os diversos dispositivos que atendem ao público infantojuvenil. Contudo, a escola é percebida como um dispositivo de grande importância, pois além de ser responsável por boa parte dos encaminhamentos ao serviço, é um lugar de (des)construção. O serviço realiza não só ações específicas voltadas para os casos atendidos, mas investe em um movimento de desconstrução de demandas, ou seja, de crítica aos processos de medicalização e patologização da infância. Os resultados encontrados corroboram a literatura consultada, apontando a necessidade urgente de articulação e aprimoramento do diálogo entre os dispositivos, mas também evidenciam as diversas possibilidades de ação e apresentam efeitos interessantes do trabalho já realizado.

Palavras-chave: Intersetorialidade, Rede, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Escola.

Abstract: In Brazil, in mid-1970, discussions around the need for changes in the assistance offered to people with mental illness were stressed. The assistance was made only by hospitalization. A pertinent question to the Brazilian psychiatric reform movement was the gap presented on assistance to children and adolescents. In order to overcome this silent delegation, a mental health policy for children and adolescents was created, integrated into the general policy on Brazilian mental health. The present study aims to describe and analyze the articulation between the Center of Psychosocial Attention on Children and Adolescent of Paracambi, Brazil, and the schools that refer demands, from the perspective of mental health professionals. It is an exploratory study of qualitative nature, extracted from a larger research attended by 14 professionals. The result shows difficulties in organizing the network, explaining how complex is the articulation between the various devices that attend children and adolescents.

However, the school is perceived as a device of great importance, as in addition to being responsible for most of the referrals to the service, it is a place of (de) construction. The service performs not only specific actions geared to the cases attended, but invests in a deconstruction of demands as a critic to the processes of childhood medicalization. The results corroborated the consulted literature, pointing out the urgent need for articulation and improved dialogue between mental services and schools, but also highlighted the various possibilities of action and featured interesting effects already performed.

Key-words: Intersectoral approach, Network, Center for psychosocial attention for children and adolescents, School.

Introdução

No contexto da luta pela redemocratização do Brasil, que ocorreu na virada da década de 70 para 80, se acentuaram as discussões em torno da necessidade de mudanças no modelo assistencial oferecido aos portadores de doença mental, que consistia na hospitalização e no asilamento. Desta forma, a Reforma Psiquiátrica se constrói sobre a lógica da desinstitucionalização, visando não somente a criação de uma rede de atenção territorial que ofereça cuidado integral aos pacientes, mas principalmente investindo no resgate de sua dignidade e direitos enquanto cidadãos (Amarante, 2007; Pitta, 2011).

Entretanto, a lacuna existente na assistência infantojuvenil é um ponto de grande relevância no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda mais especificamente no que tange às políticas públicas direcionadas à saúde mental. No início do século XX, as ações relacionadas à saúde mental infantojuvenil difundidas no Brasil, foram direcionadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental (Couto, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Apenas recentemente a saúde mental de crianças e adolescentes foi reconhecida como questão de saúde pública, tornando-se parte integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2001, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental fica determinado que as ações assistenciais e políticas referentes ao cuidado e tratamento das crianças e adolescentes não fossem mais adiadas, destacando a necessidade da construção de uma rede de cuidados que se fundamente na integralidade e na intersetorialidade. No mesmo ano foi aprovada a Lei n.º 10.216, que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, se refere à proteção e direitos das pessoas portadoras de intenso sofrimento psíquico e contribuiu para a orientação do modelo assistencial de saúde mental

que substitui o modelo pautado na internação e no asilamento (Tenório, 2002).

Dentre as diversas propostas do Ministério da Saúde, destaca-se a Portaria 336/2002 que proporcionou o financiamento para a construção de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) no território nacional - serviços complexos baseados na lógica comunitária e territorial, e na exigência da construção de uma rede de cuidados capaz de atender às peculiaridades inerentes à infância e adolescência. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis representariam a principal estratégia para a construção da rede de cuidados, respondendo pelo atendimento de casos de sofrimento intenso e organizando as demais demandas de saúde mental do seu referido território (Lima, 2014).

A consolidação da rede infantojuvenil no Brasil está intrinsecamente relacionada à ação conjunta de duas estratégias: a criação do CAPSi, conforme citado anteriormente, aliado aos setores que já prestavam assistência a esta população, como a educação, a saúde em geral, a assistência social e a justiça. De acordo com Couto (2012):

O agenciamento da demanda de saúde mental de crianças e adolescentes em um território específico - função atribuída ao CAPSi - e a montagem de redes intersetoriais de cuidado são, a rigor, ações equivalentes e fundamentadas em um mesmo princípio da política pública, o da intersetorialidade. Entre o CAPSi e a articulação intersetorial não há diferença de modelo, mas continuidade e complementaridade da ação estratégica proposta pela política pública. Ambos estão baseados na ideia de que a organização da cobertura em saúde mental de crianças e adolescentes não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, devendo ser potencializada pela articulação de diferentes setores públicos dirigidos ao cuidado da infância e adolescência.

A noção de intersetorialidade se tornou questão imprescindível para o cuidado da população infantojuvenil. Segundo Couto (2012) a intersetorialidade se inscreveu como condição de possibilidade para constituição de uma rede de atenção sensível e capaz de ofertar alguma resposta aos diferentes tipos de problemas implicados na saúde mental de crianças e adolescentes. Ao contrário de outras políticas públicas - a saúde mental geral, inclusive -, onde a intersetorialidade costuma ser uma consequência do processo de implantação.

O cuidado a crianças e adolescentes exige ações complexas capazes de responder devidamente às especificidades desta população, o que se apresenta como um desafio para a rede intersetorial. No entanto, a construção da rede de cuidados intersetoriais se realiza em meio a um contexto crescente de medicalização do sofrimento psíquico e das questões de infância e adolescência.

A necessidade de respostas imediatas impostas pela sociedade contemporânea aos problemas da infância e adolescência criam padrões de comportamentos e estabelecem a norma e o desvio. Mais fundamentalmente, acabam por levar à valorização do uso de categorias diagnósticas para descrever as variações comportamentais dessa faixa etária, e ao uso de medicamentos como principal estratégia de tratamento.

Essas ações se encontram evidenciadas no ambiente escolar, onde qualquer comportamento diferente do ideal tem sido considerado transtorno e encaminhado para receber tratamento e medicação. Desta forma, é importante analisar e identificar a acentuação do processo de medicalização escolar, mais do que isso é preciso compreender o que vem sendo entendido como comportamento desviante e dificuldade de aprendizagem e que faz com que os profissionais cheguem a um diagnóstico (Meira, 2012).

Neste contexto, o presente estudo objetiva descrever e analisar a articulação que o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Paracambi realiza com as escolas que lhe enviam demandas. A partir da perspectiva dos profissionais que atuam no serviço de saúde mental, discutiremos as demandas escolares recebidas pelo serviço, os fatores que contribuem para a sua construção no espaço escolar, e as ações propostas pela equipe para desconstruir os processos de medicalização do comportamento infantojuvenil. A análise será construída tecendo um diálogo entre as questões referentes ao campo do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e os processos de medicalização que se dão no espaço escolar.

Metodologia

Este é um estudo exploratório de natureza qualitativa que foi desenvolvido entre os anos de 2015 e 2016. A pesquisa qualitativa se atenta para uma realidade que não pode ser quantificada, pois busca compreender ou interpretar os significados das ações, processos, fenômenos e relações humanas, ou seja, trabalha com um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (Minayo, 2001). A pesquisa qualitativa trabalha com a singularidade humana, não se presta a generalizações dos resultados e sim foca em suas especificidades e peculiaridades.

Aplicado às questões de saúde e doença, o método qualitativo se mostra especialmente fértil como ferramenta para acessar a visão e o posicionamento dos sujeitos pesquisados, ou seja, permite a compreensão profunda dos sentidos e das vivências de profissionais e usuários dos serviços de saúde. Os significados atribuídos aos fenômenos de saúde e doença irão moldar a busca por cuidado, a forma de ofertar o cuidado, as relações estabelecidas entre os sujeitos do campo, etc. Desse modo, ao investigar o sentido atribuído pelos profissionais às relações

entre um serviço de saúde e a escola, buscamos compreender o pano de fundo a partir do qual as ações em saúde são construídas e as experiências dos sujeitos envolvidos tomam corpo. Para tanto, a pesquisa qualitativa em saúde tem como etapa essencial o trabalho de campo, que ocasiona a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados (Minayo, 1992).

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Vulnerabilidade e psicopatologia infantojuvenil: uma investigação sobre os sentidos do risco no campo da saúde mental brasileira”. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como os gestores e profissionais do cuidado utilizam e significam o risco e a psicopatologia infantojuvenil, assim como identificar as possibilidades e limites de intervenções preventivas dirigidas a esse público. Uma das categorias de análise destacada nesta pesquisa indicou a complexidade existente entre o CAPSi e a escola, numa perspectiva de trabalho em rede. Assim, a questão será discutida e pormenorizada neste artigo após se destacar nas entrevistas todas as citações referentes à escola.

Trata-se de um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), localizado no município de Paracambi, no estado do Rio de Janeiro. Paracambi é um município localizado na baixada fluminense com relevante importância no contexto da saúde mental e um dos símbolos da reforma psiquiátrica brasileira. No município de Paracambi, em 1963 foi instalada a Casa de Saúde Dr. Eiras onde foram internados cerca de 3.000 pacientes considerados em estado crônico. Contudo, em 1992, após diversas denúncias sobre os maus tratos e a precária assistência que os pacientes recebiam, ocorreu a reformulação da assistência à saúde mental neste município. Ainda neste ano foram criados o Polo de Saúde Mental, o CAPS II e o CAPSad. A Casa de Saúde Dr. Eiras foi totalmente fechada em 2012, os internos que nela se encontravam se encontram nas Residências Terapêuticas, que atualmente são 21 residências no município.

Atualmente o município possui uma rede de atenção psicossocial estruturada de acordo com as diretrizes nacionais, contando com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de atenção integral (CAPS III) e a rede de apoio composta pela escola, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Instituições de Acolhimento (abrigos).

A primeira etapa desta pesquisa consistiu em uma visita ao CAPSi para apresentação do projeto e das graduandas que realizariam a pesquisa de campo. Neste encontro, foram esclarecidas todas as dúvidas da equipe, assim como foram acolhidas suas sugestões. Desta forma, todos ficaram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, que sua participação é voluntária e que esta não possui fim avaliativo.

A pesquisa de campo foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 14 colaboradores do CAPSi, a saber: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um médico psiquiatra, três oficinairos, cinco psicólogos e uma recepcionista. Dentre os participantes 3 são do sexo masculino e 11 do sexo feminino, a idade destes está compreendida entre os 19 e 63 anos de idade (média 37,14).

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. O roteiro utilizado durante as entrevistas foi elaborado após a revisão de literatura e partiu de questões norteadoras: Como você descreveria o funcionamento do serviço do CAPSi? Como você descreve a clientela atendida? Quais são as principais queixas, demandas dos usuários que chegam aqui no CAPSi? Quais as práticas de cuidado desenvolvidas no serviço? Como você entende o sofrimento das crianças e adolescentes? O que você entende por vulnerabilidade? Posteriormente foi realizada a análise dos dados, através da leitura exaustiva de todas as entrevistas, até que o material fosse devidamente saturado. Foram então destacadas as ideias centrais de cada pergunta, das quais emergiram as categorias empíricas.

O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, logo resguardando todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, bem como autorizado pela coordenação do CAPSi. A participação dos profissionais foi voluntária e anônima, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Resultados/Discussão

A relação entre o serviço de saúde mental e a escola se destacou entre as temáticas analisadas, nos levando a aprofundar a discussão sobre os desafios e as possibilidades de ação e interlocução entre os dois dispositivos. A partir da riqueza do material analisado, construímos novas categorias de análise, a saber: 1) Atendimento da demanda escolar: acolhimento e crítica; 2) A construção da demanda escolar segundo os profissionais do serviço; 3) A desconstrução da demanda como estratégia de desmedicalização.

1) Atendimento da Demanda Escolar: acolhimento e crítica

O CAPSi de Paracambi – serviço substitutivo complexo de lógica territorial e comunitária – é o único serviço de saúde mental voltado para o público infantojuvenil e recebe demandas de diversos dispositivos, tais como Conselho Tutelar, CREAS e a escola. Contudo, os profissionais entrevistados apontaram a escola como o dispositivo que mais encaminha para o serviço:

“Por incrível que pareça, as maiores queixas que vem até aqui é a

socialização escolar. Muito problema cognitivo, de aprendizado... Eles vêm com a demanda de tipo assim, essa criança não tá conseguindo estudar..." (entrevistado 6);

"... a gente começou a perceber que a gente tinha muita demanda de crianças sendo trazida por demandas escolares, ou seja, a escola tava trazendo muitas crianças pra cá, tavam referenciando o CAPSi como um atendimento pra crianças que tinha dificuldade no aprendizado. E aí a gente começou a perceber que tinha muito mais criança com déficit no aprendizado do que crianças assim com transtornos graves que é o que é a clientela do CAPSi..." (entrevistado 8).

Nesse sentido, cabe ressaltar que os encaminhamentos originam-se principalmente devido a dois aspectos: problemas diretamente relacionados ao processo de ensino-aprendizagem e/ou comportamento - compreendido pela não adaptação da criança ou adolescente ao sistema de ensino e até mesmo as questões relacionadas ao ambiente sócio familiar - e a falta de capacitação dos profissionais da escola em lidar com alunos que apresentam sofrimento psíquico grave e, nesse contexto, apresentam dificuldades escolares. Como observam os entrevistados:

"... aqui aparece muitas crianças com demandas de escola, assim, devido a separação de pais..." (entrevistado 3);

"... mas, a maioria dos casos que vem pra cá são crianças com déficit escolar, problema de agressão física, professor, aluno..." (entrevistado 7).

De acordo com o estudo descritivo realizado por Hoffmann, Santos e Mota (2008) através de dados secundários do registro de atendimento de serviços habilitados no ano de 2002, junto ao SUS, os diagnósticos mais frequentes concentram-se em três grupos da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), são eles: grupo de transtornos do comportamento e transtornos emocionais (44,5%), seguido por transtornos neuróticos (19,8%) e transtornos do desenvolvimento psicológico (14,2%). O estudo aponta a frequência do diagnóstico relacionado às questões escolares, confirmando os dados encontrada nesta pesquisa. Os autores ressaltam a importância do diálogo entre a saúde e a educação, a fim de que haja uma redução de encaminhamentos relativos a questões escolares, uma vez que não exige a complexidade deste dispositivo de saúde mental.

Mas, se por um lado o CAPSi é um serviço que deve atender preferencialmente

a clientela que apresenta intenso sofrimento psíquico, por outro ele é responsável pelo acolhimento de toda e qualquer queixa a ele direcionada [Ministério da Saúde (MS), 2005]. Em outras palavras, o serviço é responsável pela população infantojuvenil de seu território, deve acolher as queixas recebidas e encaminhá-las de maneira apropriada.

Nessa perspectiva, em estudo realizado com o objetivo de apontar os aspectos gerais de funcionamento e desafios dos CAPSi, Taño e Matsukura (2014), comentam que os serviços de saúde mental, de acordo com a prática do acolhimento universal, devem realizar o primeiro contato com quem os procura, de modo que seja possível compreender a demanda a fim de absorve-la ou encaminha-la de forma adequada.

De acordo com Schmidt e Figueiredo (2009) acolher “... é o primeiro contato com quem nos procura, a partir do qual será definida toda a sequência de atendimentos, é “a abertura do jogo de xadrez” como nos ensina Freud”. Para tanto, se faz necessário que os profissionais reflitam que cada demanda, seja essa específica ou não do CAPSi, traz consigo o sofrimento psíquico de um sujeito, que para além de seu comportamento visto como desajustado, motivo pelo qual a escola encaminha, esse sujeito tem uma história que exige uma escuta clínica implicada e comprometida.

No entanto, a necessidade de desconstrução dessas demandas que chegam ao CAPSi e não exigem a complexidade que o serviço dispõe aparece com destaque no discurso dos profissionais entrevistados. Por ser um serviço que deve tratar casos graves como autismo e psicoses, este acaba por ficar sobrecarregado por demandas que não lhe pertencem, como podemos observar:

“... muita demanda escolar, as crianças que tem dificuldade de aprendizagem, é... Muita demanda mesmo. Que assim, a gente sabe que não é, tem muitos casos que não é aqui pro CAPSi, mas infelizmente a gente não tem ambulatório funcionando na cidade, então a gente fica com um impasse muito grande, assim, o que que a gente vai fazer com essa criança? Se a gente não dá um suporte aqui a escola também não dá, e aí o que que a gente faz? Né? E aí muitas a gente acaba absorvendo a demanda aqui...” (entrevistado 10).

Aquilo que já era um problema – as demandas escolares – termina por causar outro, que é a sobrecarga do serviço. O CAPSi é o único serviço especializado do município que oferece atendimento para a população infantojuvenil. Os técnicos entrevistados comentam sobre a falta de investimento na saúde mental, ocasionando não apenas a escassez de recursos como, por exemplo, materiais para oficinas, mas, sobretudo, certa sobrecarga e desvalorização profissional. Com isso, os profissionais comentam sobre a grande demanda de atividades

exigidas no espaço físico do serviço e relatam a dificuldade de exercer outras tarefas no território, que são de responsabilidade do CAPSi.

Retomamos as diretrizes para o cuidado nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, que afirma a necessidade de acolhimento, porém não de atendimento de todas as demandas recebidas (MS, 2005). Ao trabalhar sobre o pedido que é endereçado ao serviço de saúde, os profissionais acolhem, discutem, elaboram a demanda recebida, sem que seja obrigatória a sua absorção. Para tanto, é fundamental contar com outros dispositivos que trabalhem em parceria com o CAPSi, e com a disponibilidade da escola para refletir e, eventualmente, repensar os seus encaminhamentos. Desta forma, a busca pelo diálogo entre os setores escolares e de saúde seria uma maneira de fazer com que os problemas e dificuldades sejam resolvidos nos locais mais apropriados a tal.

2) A Construção da Demanda Escolar Segundo os Profissionais do Serviço

A demanda escolar dirigida ao serviço de saúde mental indica, de acordo com os profissionais entrevistados, uma prática acrítica de encaminhamentos, pois a escola referencia o CAPSi como um dispositivo de saúde que atende crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem. Para os técnicos, a escola espera do serviço respostas para questões que poderiam ser resolvidas no próprio ambiente escolar, como também exercem um movimento de patologização dos comportamentos considerados fora do padrão, como podemos observar:

“... a gente recebe muitas queixas com relação a escola, a escola procura muito o serviço, é... em caso de reconhecer crianças que tenham um comportamento, um funcionamento estranho, né. Desde criança que entra na escola e não fala nada com ninguém, não tem nenhuma comunicação verbal, isso já apareceu. Como casos mais frequentes de TDAH, ééé... que eu acho que é uma situação bem recorrente, bem frequente. Ahmm... eventualmente, com menos frequência a questão de possibilidade de diagnóstico de autismo, né. Que a escola já vem trazendo que acha que pode ser autismo, e que a gente tenta dar conta, a gente tenta ouvir um pouco a escola, a gente acompanha um pouco a criança, a família...” (entrevistado 11).

O estudo realizado no CAPSi de Vitória/ES por Ronchi e Avellar (2010), através de observação da instituição, dados de prontuários e entrevista com os profissionais de saúde, converge com esta pesquisa quanto à alta frequência de clientela que chega ao serviço com um diagnóstico, estando entre os mais comuns o autismo e o distúrbio de aprendizagem. Nesse contexto, os autores

indicam a complexidade exigida para a construção do diagnóstico infantojuvenil e observam na equipe do serviço certo cuidado nessa direção, pois os diagnósticos iniciais, em sua maioria, eram diferentes daqueles recebidos no serviço.

A chegada ao serviço de saúde mental de demandas escolares apresentadas na forma de diagnósticos previamente formatados, remete aos processos de medicalização amplamente disseminados e discutidos na atualidade. O termo medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos (Conrad, 2007 como citado em Zorzaneli, Ortega e Bezerra, 2014). A descrição de Conrad também é adotada como referência por Camargo Junior (2010), que destaca o entendimento da medicalização como um processo complexo, não valorativo, ou seja, não necessariamente positivo ou negativo, e capitaneado por múltiplos agentes, portanto, não se confundindo com o imperialismo médico.

Nos casos de sofrimento psíquico, a ascensão da biologia como referencial para o entendimento dos transtornos, em detrimento de outros saberes, foi materializada na criação de um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental, o DSM, que tem por objetivo a homogeneização das classificações psicopatológicas a partir de critérios objetivos de análise (Aguiar, 2015). A partir dessa padronização, os diagnósticos psiquiátricos foram, gradativamente, adquirindo popularidade em outros contextos que não apenas o campo da saúde, tornando-se referência para a descrição dos mais variados comportamentos, especialmente daqueles que nos causam estranhamento, desconforto ou que representam mera variação.

Aplicada ao contexto escolar, a perspectiva biologizante dos processos de medicalização traz como uma de suas principais consequências a responsabilização individual. Desse modo, a escola transfere ao aluno a responsabilidade por sua não adequação ao sistema e às normas, desconsiderando o papel institucional e pedagógico como parte fundamental no processo de produção desses sujeitos que fogem à regra do processo de ensino-aprendizagem.

“Ah! É dificuldade de aprendizagem, e não é, às vezes a tua aula que é chata mesmo. (Risos). Não é? A aula que é chata e aí tu poder falar pro professor: Olha como tá sua didática de ensino?, às vezes deve tá chato e isso acontece, acontece ainda comigo e não adianta... E a escola fica angustiada porque ela não sabe o que fazer.” (Entrevistado 2);

“Hoje mesmo eu tava falando, eles acham que autista tem que chegar e sentar e aprender a ler e escrever, né?!” (entrevistado 5).

Aqui cabe questionar a didática de ensino e se a mesma não pode influenciar na produção das demandas dirigidas ao serviço de saúde mental. Nesse sentido, o estudo realizado por Beltrame e Boarini (2013), a fim de analisar a demanda escolar encaminhada, acolhida e atendida em um CAPSi no interior do Paraná, através de análise de prontuário, estudo de caso e entrevistas com os profissionais, nos revela que os encaminhamentos se originam quando a escola esgota suas possibilidades em lidar com o aluno problema. Assim, a necessidade de atender às diretrizes curriculares nacionais para a educação, aliada à falta de capacitação profissional dos professores para lidar com demandas diferenciadas que chegam aos colégios, evidencia a emergência da articulação entre saúde e escola naquele contexto.

No mais, a transferência da responsabilidade da educação dos filhos para a escola foi um fator citado pelos profissionais, apontando uma responsabilização desmedida da educação formal pelo desenvolvimento da criança.

“... Porque é, às vezes, a criança vem, a escola manda – dificuldade de aprendizagem, aí a mãe vai e vem fala uma coisa tudo menos dessa coisa da aprendizagem (risos) e aí quando a gente vai ver a criança, também não é nem o que a escola falou nem o que a mãe falou, ela fala daquilo que é dela e aí você tem que juntar aquilo tudo pra descobrir assim, bem aonde que tá o problema...” (entrevistado 2);

“Hoje eu acho que eles pensam que a escola é obrigada a dar educação para os filhos, em todos os sentidos, né?!... Mas, hoje em dia os pais não querem saber, eles deixam a critério da escola, do professor e quando não há condições, quando ele não consegue nem o professor consegue, vem pra cá...” (entrevistado 7);

“Muitos a mãe não se compromete com o atendimento, o encaminhamento da escola, às vezes mandam pra cá e a mãe não trás...” (entrevistado 12).

De acordo com os profissionais, alguns pais não se responsabilizam para com o cuidado dos filhos, delegando a escola ou até mesmo ao CAPSi tal tarefa. No entanto, a equipe busca compreender as questões inerentes às constituições familiares, uma vez que a implicação dos pais junto ao serviço se faz indispensável, seja no primeiro contato com a equipe, na absorção ou desconstrução da queixa, no período de tratamento e até mesmo no processo de alta.

3) A Desconstrução da Demanda como Estratégia de Desmedicalização

Os diversos encaminhamentos que chegam ao CAPSi e que não correspondem aos problemas ali atendidos, pois este deve tratar de casos de sofrimento psíquico intenso, acabam por ocasionar uma sobrecarga no serviço de saúde mental. Desta forma, o processo de desconstrução de demandas é destacado pelos profissionais como imprescindível devido a necessidade da diluição das demandas recebidas pelo CAPSi.

“...e aí muitas demandas a gente conseguiu até desconstruir mesmo junto com professores, diretores e outras a gente entendeu que precisava tá um tempo no CAPSi. E aí a gente continua com esse trabalho também, que é um trabalho assim que a gente entende que não vai ter fim, que as escolas continuam mandando e a gente continua desconstruindo essa demanda...” (entrevistado 8);

“Por sermos o único serviço no município a gente tem que receber qualquer tipo de demanda, então assim, o que atrapalha a gente tá atuando um pouco fora daqui... A gente não consegue fazer isso por ficar muito tempo no dispositivo porque a gente atende demanda escolar...” (entrevistado 9).

A necessidade de desconstrução do discurso especialista, da patologização de comportamentos entendidos como desajustados, ou seja, da medicalização da infância que vem ocorrendo nas escolas, vem sendo trabalhada pelos profissionais junto às escolas. Para alcançar este fim, os profissionais do CAPSi tem frequentado a escola, fazendo reuniões e palestras com professores, diretores e demais membros da equipe escolar buscando compreender como os transtornos vem sendo entendidos nas escolas, assim como orientando a equipe escolar a observar e escutar a criança, a dialogar com os pais.

“... a gente faz reuniões em escolas, palestras, essas coisas uma vez por mês, pra poder até ajudar os professores a já focalizar se a criança tem algum problema, entendeu? Aí nessas palestras, nessas reuniões, foca a professora, a coordenadora a observar mais a criança pra saber se ela tem algum problema ou não e mandar pra gente, entendeu?” (entrevistado 13).

São demandas que conclamam o profissional de saúde a atuar não focando apenas o acolhimento, encaminhamento e tratamento das crianças e adolescentes, mas o convoca a atuar junto aos profissionais do campo da educação propondo parcerias. O intuito é promover ações que visem conscientizar quanto as reais atribuições do

CAPSi, quanto a não responsabilização da criança pelo fracasso escolar e quanto à ampliação na forma de olhar os comportamentos de crianças e adolescentes.

“A equipe tem feito um trabalho na escola justamente pra isso, né?! Pra evitar essa psicologização das coisas, né?! Que, às vezes, vem muitas crianças pra cá, “ah, tô com problema disso”, “tô com problema daquilo”... E na verdade quem que não tem problema, né?! E, às vezes, começa a criar uma demanda que não existe...” (entrevistado 1);

“... mas muita gente não sabe o que é o CAPSi. Tanto que a gente vai nas escolas, pra tentar explicar o nosso trabalho e tudo mais...” (entrevistado 10).

Os profissionais entrevistados destacam as ações realizadas nas escolas não apenas como oportunidade de elucidar sobre as questões relacionadas ao funcionamento do CAPSi, mas como momento em que apontam ao professor sua destreza para lidar com os problemas educacionais das crianças e como capazes de adquirir um modo de cuidar e educar nos casos em que realmente exista o adoecimento.

“... a escola pode se apropriar de um certo fazer, de um certo lidar com as suas questões, com as demandas que aparecem pra eles e que isso de uma certa forma muda um pouco nossa realidade. Do momento em que a escola consegue entender uma criança mais agitada, não como um portador de TDAH, mas como uma criança que precisa de uma atenção mais diferenciada, já não é uma criança que vai aparecer no serviço para uma desconstrução de demanda ou pra uma articulação com a escola, é tempo que a gente tem pra poder se dedicar a alguma outra coisa, né?!...” (entrevistado 11).

A iniciativa adotada pelo CAPSi de Paracambi é um exemplo prático de desmedicalização, evidenciando o comprometimento que os profissionais da saúde tem com o rompimento do processo de medicalização escolar. Por desmedicalização entendemos o processo oposto àquele que transforma variações da normalidade em categorias patológicas, ou seja, trata-se do questionamento de comportamentos, sentimentos, condutas consideradas como doença e que passam à alçada da normalidade ou da mera variação. Meira (2012) destaca que essa é uma tarefa permanente que demanda avaliação crítica e contínua da realidade e a articulação de teorias que permitam a formulação de ações que garantam o melhor desenvolvimento do sujeito.

Há que se destacar também a importância da articulação e do diálogo existente entre o CAPSi e a escola na construção da rede intersetorial, pois a atenção à saúde mental infantojuvenil não se resume em ações pontuais de diagnóstico e tratamento de doença, mas envolve atitudes que promovam o cuidado integral do sujeito e sua inserção na sociedade (Zaniani & Luzio, 2014; Kantorski et al., 2014). Esta articulação entre os diversos setores pode subsidiar uma assistência integral à infância e adolescência, possibilitando a ampliação do olhar e a troca de saberes que resulta em um acompanhamento mais eficaz do sujeito em sofrimento (Kantorski et al., 2014).

A escola se destaca por ser um local que tem como papel social a inclusão, sendo um espaço privilegiado que viabiliza a formação social e a construção da cidadania (Kantorski et al., 2014). A parceria entre o CAPSi e a escola coaduna com o princípio da atenção integral que sustenta o modelo proposto pela saúde mental, mas vai além, iniciando uma jornada de questionamento da medicalização no espaço escolar.

Conclusões

Os resultados nos possibilitaram perceber as dificuldades na organização da rede intersetorial, evidenciando a complexidade existente na articulação entre os diversos dispositivos que atendem ao público infantojuvenil. Entretanto, entre os dispositivos da rede existentes no contexto analisado, a escola é percebida pelos profissionais como um espaço de fundamental importância, que exige um investimento maior por parte da equipe de saúde mental. Além de ser responsável por um grande número de encaminhamentos, gerando uma demanda por vezes considerada excessiva ao serviço, a escola é entendida como um local de (des) construção, oportunidade para a estruturação da rede e para o questionamento das demandas de saúde mental.

Como destaca Kantorski et al. (2014), a parceria entre o setor educacional e da saúde vem crescendo, destacando a escola como um espaço de relações que favorece a desconstrução de estigmas, auxilia o enfrentamento de dificuldades e amplia as possibilidades de desenvolvimento das crianças e adolescentes. Nessa direção, é preciso pensar a intersetorialidade como o meio que possibilita a construção de uma rede capaz de responder às especificidades do atendimento de crianças e adolescentes.

Assim como os diversos dispositivos de saúde que compõem a assistência desta população, a escola deve ser esclarecida quanto aos objetivos e princípios do CAPSi para que a rede intersetorial seja uma estratégia eficaz de resposta à complexidade exigida no cuidado. Ainda que com dificuldades, tal construção vem sendo realizada no contexto estudado, recebendo atenção e investimento

dos profissionais entrevistados.

Ao mesmo tempo em que constroem a rede, esclarecem o propósito de cada dispositivo de assistência e qualificam a observação das demandas de saúde mental na escola, os profissionais do CAPSi promovem a crítica dos processos de medicalização e patologização da infância. O serviço realiza não só ações específicas voltadas para os casos atendidos, mas investe em um movimento de desconstrução de demandas, propondo o questionamento e a revisão do excesso de encaminhamentos da escola para a saúde mental. Utilizando os espaços da comunidade, promove atividades que demonstram que nem todos os problemas devem ou podem ser reduzidos a questões biológicas ou se beneficiar de uma definição diagnóstica, não validando a concepção reducionista que subjaz aos processos de medicalização.

Os resultados alcançados na pesquisa corroboram a literatura consultada, apontando a necessidade de articulação e do aprimoramento do diálogo entre os equipamentos que atendem crianças e adolescentes. Entre os dispositivos que compõem a rede intersetorial, a escola se destaca como origem de grande número de encaminhamentos, mas também como possibilidade de invenção de novos modos de entendimento das questões de infância e adolescência. Nesta direção, destacamos as diversas possibilidades de ação elaboradas pela equipe de saúde mental, os efeitos interessantes do trabalho realizado e a valorização de um olhar permanentemente crítico dos profissionais da saúde com vistas ao rompimento do crescente processo de medicalização escolar.

Referências

- Aguiar, M. P. (2015). Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. *Mnemosine*, 11(1), 227-257.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicol. ciênc. prof*, 33(2), 336-349.
- Camargo Junior, K. R.D. (2010). Medicalização: um quadro de referência. *In Por uma sociedade cuidadora* (pp. 209-216).
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. *Couto M, organizadora. A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-Fumec*, 61-74.
- Couto, M. C. V. *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. 2012 (Doctoral dissertation, Tese (Doutorado em Saúde Mental)-Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012).

- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev bras psiquiatr*, 30(4), 390-8.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3), 633-642.
- Lima, R. C., Carvalho, M. C. D. A., & Silva, P. R. F. D. (2014). Saúde mental na infância e adolescência. In *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp. 229-254). Editora Fiocruz.
- Kantorski, L. P., Nunes, C. K., Sperb, L. C. S. D. O., Pavani, F. M., Jardim, V. M. D. R., & Coimbra, V. C. C. (2014). A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 6(2), 651-662.
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 136-142.
- Minayo, M. C. S. (Orgs.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (18a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.
- Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4590.
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 71-84.
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, 12(1), 130-140.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2014). Os centros de atenção psicossocial infantojuvenil: características organizacionais e oferta de cuidados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 208-216.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Zaniani, E. J. M., & Luzio, C. A. (2014). A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia em Revista*, 20(1), 56-77.
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Jr., B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.

