UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi

Luciano Sanfilippo de Macedo

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

São Paulo

2017

Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi

Luciano Sanfilippo de Macedo

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Versão revisada

São Paulo

2017

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

Catalogação de publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pelo (a) autor (a)

MACEDO, Luciano Sanfilippo
- Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi/ Luciano Sanfilippo de Macedo; orientador Alberto Olavo Advincula Reis. – São Paulo, 2017, p. 162

Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1.Saúde mental. 2. Criança. 3. Saúde pública. 4. Serviços de saúde mental. 5. Educação. I. Reis, Alberto Olavo Advincula, orient. II. Título

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, em meio e finalmente, ao meu professor, orientador e incentivador Alberto Olavo
Advincula Reis pela determinação, apoio e sabedoria para me guiar durante este período de estudos, como já feito no momento da minha chegada ao Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC.

A minha avó, pais, irmão, sobrinha e filhos pelos momentos que tivemos e ainda teremos ao longo de nossas vidas.

As minhas companheiras e companheiros de estudos e parcerias do LASAMEC e do departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade que, cada um ao seu modo e momento, contribuiu para o meu crescimento, grandemente, pessoal e profissional.

As *queridas meninas* - Yara, Carmen, Ligia e o *garoto* Leandro do nosso departamento que sempre estiveram prontas e pronto para uma palavra de incentivo, apoio, orientação e MUITAS AJUDAS técnicas.

Aos profissionais da saúde mental infantojuvenil que conheci ao longo desses anos e que sempre me encantaram e contagiaram como sua força e determinação. E, de modo, baita especial, *a galera do CAPSi de Mauá* que me acolheu e ajudou em todas as oportunidades ao longo destes anos de pesquisa.

Aos professores que, desde o início da minha vida escolar, estiveram e, aos muitos que, ainda, estão ao meu lado.

As professoras Renata Barco Abreu Leme e Fabiola Zioni que contribuíram e incentivaram os passos iniciais deste estudo.

Aos professores Fabiola Zioni, Patricia Santos de Souza Delfini, Paulo Rogério Gallo e Roberto Cacuro pela presteza e apoio em participar da comissão examinadora desta tese. Bem como aos professores suplentes Angela Maria Belloni Cuenca, Adriana Watanabe, Claudio Leonel e Felipe Lessa Fonseca.

A Fundação CAPES pelo apoio financeiro ao longo desta pesquisa.

E, de modo amoroso, carinhoso e especial, à Daniela Daher Zacharias que me incentivou e apoiou, em presença e espírito, ao longo desse período.

MACEDO, L. S. Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi

RESUMO

Introdução: A partir da Revolução francesa de 1789 se deu o aparecimento de novas formas de pensar a loucura; entretanto, até recentemente acreditava-se que a criança não enlouquecia. O foco, na saúde mental infantojuvenil, só se deu quando se tornaram críticos os problemas que borbulhavam no cadinho da educação e da escola. Daí para frente o avanço nas políticas públicas passou a envolver esse segmento da população. Hoje, no Brasil, se tem constituída uma rede de saúde mental pública cujo elemento estratégico é o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), serviço de saúde especializado no cuidado do sofrimento psíquico grave que atua de modo multiprofissional e intersetorial cuidando do público infantojuvenil. **Objetivo**: Caracterizar o perfil dos usuários e das queixas escolares atendidas por um CAPSi, compreender as representações dos profissionais do CAPSi acerca dessas queixas e das ações desenvolvidas para atendê-las. **Método**: Pesquisa exploratória de cunho qualitativo, com uso de entrevistas semidirigidas aos profissionais do CAPSi, visando apreender suas representações acerca das queixas escolares e das ações para seu atendimento. Foi traçado o perfil dos usuários do serviço, do funcionamento CAPSi e das características dos profissionais entrevistados de modo a fornecer um quadro preciso do contexto em que se desenrolou o estudo. Depois, foram categorizadas e analisadas as falas dos profissionais referentes aos objetivos da investigação de acordo com os princípios da análise temática de discurso. Para apreensão das representações dos profissionais acerca das queixas escolares e suas ações para atendê-las, 9 entrevistas foram transcritas e seus resultados agrupados em temas centrais, categorizados, e discutidos à luz dos princípios que regem as atuais políticas públicas de saúde mental. Por se tratar de um estudo exploratório de uma questão emergente adotou-se como referencial os princípios da Grounded Theory. **Resultados e Discussão**: O CAPSi possui 56 usuários meninos e 43 meninas. De 99 encaminhamentos, 65 oriundos de serviços de saúde públicos; 13 de serviços de saúde particular; 14 de busca espontânea, 2 da Fundação CASA e 5 da escola. 73 frequentam a escola (34 meninas e 39 meninos); 02 meninas e 02 meninos indicam que não frequentam a escola; 22 nada indicam (13 meninos e 9 meninas). A queixa escolar, procedida de avaliação multiprofissional, será considerada pertinente ou não para seu acolhimento. As representações dos profissionais indicam que queixas escolares por dificuldades de aprendizado não são atendidas pelo CAPSi. As ações utilizadas para o atendimento das queixas escolares são: atendimentos clínicos individuais e/ou em grupos, reuniões de orientação com a escola, pais, outros profissionais da rede de saúde ou de outros setores. Delas decorre a percepção de instauração de novos padrões de relacionamento escola-saúde mental. **Conclusões**: Os profissionais indicam que o CAPSi não é lócus para o atendimento das queixas escolares por motivo de falha na aprendizagem, contudo, queixas escolares acompanhadas de agravos comportamentais são atendidas pelo serviço. A natureza das ações indica o papel ativo do CAPSi junto à escola. A análise permite concluir a instauração, no serviço estudado, de novos padrões de relacionamento escola-saúde mental cujos princípios podem servir de modelo ou indicação para CAPSis.

Descritores: saúde mental, criança, saúde pública, serviços de saúde mental, educação.

MACEDO, L. S. Representations and actions about school complaints attended at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center - CAPSi

SUMMARY

Introduction: From the French Revolution of 1789 the appearance of new ways of thinking the madness appeared; however, until recently it was believed that the child did not go mad. The focus on child and adolescent mental health came only when the problems that bubbled through the crucible of education and school became critical. From then on the advance in public policies started to involve this segment of the population. Today, in Brazil, a public mental health network has been set up. Its strategic element is the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi), a health service specialized in the care of severe psychological distress that works in a multiprofessional and intersectoral way taking care of the children and youth. **Objective:** To characterize the profile of the users and the school complaints served by a CAPSi, to understand the representations of the CAPSi professionals about these complaints and the actions developed to attend them. **Method:** Qualitative exploratory research, using semi-directed interviews with CAPSi professionals, aiming at apprehending their representations about school complaints and actions for their care. The profile of the users of the service, the CAPSi operation and the characteristics of the interviewed professionals was drawn up in order to provide an accurate picture of the context in which the study was carried out. Afterwards, the professionals' statements regarding the objectives of the research were categorized and analyzed according to the principles of the thematic analysis of discourse. For the apprehension of the professionals' representations about school complaints and their actions to attend them, 9 interviews were transcribed and their results grouped into central themes, categorized, and discussed in light of the principles that govern current public mental health policies. Because it is an exploratory study of an emerging issue, the Grounded Theory principles were adopted as a reference. **Results and Discussion:** CAPSi has 56 male and 43 female users. Of 99 referrals, 65 from public health services; 13 of private health services; 14 of spontaneous search, 2 of the CASA Foundation and 5 of the school. 73 attend school (34 girls and 39 boys); 02 girls and 02 boys indicate that they do not go to school; 22 nothing indicates (13 boys and 9 girls). The school complaint, based on a multiprofessional evaluation, will be considered relevant or not for its reception. The professionals' representations indicate that school complaints due to learning difficulties are not met by CAPSi. The actions used to deal with school complaints are: individual and / or group clinic visits, orientation meetings with the school, parents, other health care professionals or other sectors. From these results the perception of the establishment of new patterns of school-mental health relationship. **Conclusions:** The professionals indicate that the CAPSi is not a locus for the attendance of school complaints due to learning failure, however, school complaints accompanied by behavioral disorders are attended by the service. The nature of the actions indicates the active role of CAPSi in the school. The analysis allows to conclude the establishment, in the service studied, of new patterns of school-mental health relationship whose principles can serve as a model or indication for CAPSis.

Keywords: mental health, child, public health, mental health services, education.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO..... 14

2. O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....**18**

2.1. A Saúde Mental e a Educação.....18

2.2. A Educação e a Saúde Mental.....27

2.3. A Rede de saúde mental infantojuvenil.....31

3. A QUEIXA ESCOLAR E O ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....**33**

4. OBJETIVOS.....**41**

5. MÉTODO.....42

5.1. Apresentação da pesquisa.....**42**

5.2. Local da pesquisa.....**47**

5.3. Procedimentos metodológicos e Instrumentos para coleta de dados.....**49**

5.3.1 Identificação dos sujeitos.....49

5.3.2 Procedimentos e instrumentos.....50

5.4. Procedimentos para apresentação e análise dos resultados.....**52**

5.5. Considerações éticas.....**53**

6. **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**.....**54**

6.1. Caracterização dos usuários atendidos pelo CAPSi.....**54**

6.1.1. Perfil dos usuários por idade, sexo e escolaridade atendidos pelo CAPSi.....55

6.1.2. Perfil dos usuários do CAPSi por idade, sexo e frequência na escola atendidos pelo CAPSi.....60

6.1.3. Fontes de encaminhamentos para o CAPSi.....66

6.1.4. Tipos de encaminhamentos efetuados pela escola para o CAPSi.....69

6.1.5. Tipos de encaminhamentos de cunho escolar efetuados por outros serviços para o CAPSi.....73

6.1.6. Análise da caracterização dos usuários e das queixas escolares atendidos pelo CAPSi.....76

6.2. Representações dos profissionais acerca das queixas escolares atendidas pelo CAPSi.....80

6.2.1. Descrição pelos profissionais do CAPSi do que é uma queixa para a saúde mental.....83

6.2.2. Tipologia das queixas encaminhadas para o CAPSi.....92

6.2.3. Relações das queixas escolares com a Saúde Mental.....99

6.2.4. Tipologia das queixas escolares que chegam ao CAPSi.....101

6.2.5. Compreensão dos profissionais dos acerca do atendimento das queixas escolares no CAPSi.....106

6.3. As ações propostas pelo CAPSi para o atendimento das queixas escolares.....111

6.3.1. Relações entre o CAPSi e as escolas para o atendimento das queixas escolares.....119

6.3.2. Relações entre o CAPSi e outros serviços para o atendimento das queixas escolares.....135

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....141

8. REFERÊNCIAS.....150

9. ANEXOS.....159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Núcleo de gestão em atenção básica à saúde no município de Mauá 2015 – p. 48

Quadro 2 - Núcleo de gestão em atenção especializada no município de Mauá 2015 – p. 48

Quadro 3 – Identificação dos sujeitos de pesquisa. CAPSi Mauá, 2015 – p. 51

Quadro 4 – Descrição das queixas iniciais obtidas pelos encaminhamentos advindos da escola para o CAPSi de Mauá no ano de 2015 – p. 71

Quadro 5 – Distribuição das queixas de cunho escolar contidas pelos encaminhamentos efetuados por outros serviços e pela busca espontânea ao CAPSi de Mauá no ano de 2015 – p. 73

Quadro 6 – Descrição das categorias acerca do que é uma queixa para a saúde mental. CAPSi Mauá, 2016 – p. 84

Quadro 7 – Categoria: Sofrimento psíquico – SP. CAPSi Mauá, 2016 – p. 86

Quadro 8 – Categoria: Descrição Fenomenológica de Manifestações Psicopatológicas – DFMP. CAPSi Mauá, 2016 – p. 87

Quadro 9 – Categoria: Normalidade desviante – ND. CAPSi Mauá, 2016 – p. 88

Quadro 10 – Categoria: Disfunção de convivência social – DCS. CAPSi Mauá, 2016 – p. 89

Quadro 11 – Categoria: Tipos de transtornos – T. CAPSi Mauá, 2016 – p. 91

Quadro 12 – Distribuição dos tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi Mauá, 2016 – p. 92

Quadro 13 – Relação das queixas escolares com a saúde mental. CAPSi Mauá, 2016 - p. 100

Quadro 14 – Queixas escolares encaminhadas para o CAPSI Mauá, 2016 – p. 105

Quadro 15 – Categoria: Queixas escolares. CAPSi Mauá, 2016 - p. 108

Quadro 16 – Categoria: Atendimento das queixas escolares. CAPSi Mauá, 2016 - p. 109

Quadro 17 – Categoria: Desafios. CAPSi Mauá, 2016 - p. 110

Quadro 18 – Ações desenvolvidas pelo CAPSi para o atendimento das queixas escolares. Mauá, 2016 - p. 112

Quadro 19 – Relações do CAPSi Mauá com as escolas. 2016 - p. 120

Quadro 20 – Categoria: Apreciação e Ações. CAPSi Mauá, 2016 - p. 124

Quadro 21 - Relações do CAPSi Mauá e os outros serviços. 2016 - p. 136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de usuários (N), segundo idade, sexo e escolaridade (ano letivo e nível escolar) atendidos pelo CAPSi. Mauá 2015 – p. 55

Tabela 2 – Distribuição dos usuários (N) e porcentagem (%) segundo idade e sexo atendidos pelo CAPSi. Mauá 2015 – p. 57

Tabela 3 – Distribuição dos usuários (N) do CAPSi por idade e sexo que frequentam a escola. Mauá, 2015 – p. 60

Tabela 4 – Motivos e número de usuários do CAPSi, por sexo e idade, que não frequentarem a escola. Mauá, 2015 – p.64

Tabela 5 – Distribuição dos usuários (N) que indicam o nível escolar, idade e sexo. CAPSi Mauá 2015 – p.62

Tabela 6 – Locais de encaminhamentos de crianças e adolescentes para o CAPSi. Mauá, 2015 – p. 66

Tabela 7 – Distribuição dos usuários (N) encaminhados pela escola ao CAPSi segundo idade, sexo e escolaridade. Mauá, 2015 – p. 69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia representacional das queixas que chegam ao CAPSi Mauá, 2016 – p. 81

APRESENTAÇÃO

Este estudo parte de uma série de inquietações vivenciadas pela minha prática profissional nas áreas da Educação e Saúde Mental infantojuvenil, mais especificamente na da Educação Física e Psicologia.

Em 2000 iniciei, como colaborador voluntário, a prática de atividades de brincadeiras e jogos para crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Posteriormente essa atividade se estendeu ao Ambulatório de depressão e transtorno bipolar, na mesma instituição, onde desenvolvi encontros psico-educacionais com pais e adolescentes (2002/2003). Mais tarde, entre 2004 e 2010, foram deslocadas para o Hospital Dia Infanto-juvenil e Enfermaria psiquiátrica.

A partir de 2006 até hoje, participo como pesquisador junto ao Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) do Departamento Materno-infantil, atual Departamento de Saúde, Sociedade e Ciclos de Vida da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Desde 2008, atuo na organização do Encontro Saúde Mental e Educação; o espaço do professor.

Assim, o interesse pelo campo da saúde mental e educação surgiu do entendimento de que estas duas áreas do conhecimento e de ação com crianças e adolescentes podem cada vez mais somar saberes e ações que possam contribuir, efetivamente, com a saúde global destas faixas etárias.

Tal interesse redundou no presente estudo que se apresenta no seguinte formato:

Na parte introdutória do trabalho inicia-se a discussão acerca da escola e seu cotidiano, a presença das queixas escolares em seu interior e como esta, queixa escolar, busca, especificamente, o campo da saúde mental infantojuvenil.

No capítulo 2, é apresentado um breve histórico sobre a saúde mental infantojuvenil.

No capítulo 3, a partir da análise de alguns estudos relevantes, é situada a problemática das queixas escolares que chegam aos equipamentos de saúde mental, de seus encaminhamentos, as principais características gerais da população da qual provêm às queixas, os processos de detecção e classificação das referidas queixas bem como das ações e articulações das quais são objeto.

O capítulo 4 apresenta o objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa.

O capítulo 5 apresenta o método da pesquisa, o campo e a identificação dos sujeitos, bem como instrumentos utilizados, procedimentos para análise dos dados e questões éticas.

No capítulo 6, serão apresentados e analisados os dados nas seguintes seções: Caracterização dos usuários do CAPSi; Representações dos profissionais do serviço sobre a queixa escolar; as ações propostas pelos profissionais para o atendimento da queixa escolar.

No capítulo 7 encontram-se as considerações finais derivadas das construções teóricas produzidas ao longo da pesquisa.

O capítulo 8 apresenta as referências na literatura que embasaram a construção teórica e metodológica do estudo.

1. INTRODUÇÃO

A escola se caracteriza como um ambiente fundamental para a socialização da criança e do adolescente e, por isso, aparece como um local privilegiado para a identificação das dificuldades e das defasagens no desenvolvimento e aprendizagem infantojuvenil (REIS, 2010). É um espaço de vivências onde as expressões das experiências humanas acontecem através das diversas relações entre os sujeitos que frequentam seu interior. O processo de escolarização das crianças tem por isso extrema importância para seu crescimento e desenvolvimento, desempenhando papel significativo na saúde mental destes sujeitos (FALAVINA, CERQUEIRA, 2008).

É no cotidiano do escolar que diversas questões surgem ao longo das suas vivências as quais podem ser observadas, discutidas e resolvidas pelo próprio sujeito ou com auxílio de outrem, no próprio ambiente escolar, enquanto outras precisam de uma forma alternativa de suporte e de atenção diferenciada e especializada. Nesses últimos casos se insere a problemática que nos interessa de perto, isto é, quando se torna comum o encaminhamento dos adolescentes e crianças cujas questões, expressas na forma de queixas escolares, demandam o concurso de especialistas situados fora do perímetro escolar.

O exame da literatura tem indicado que queixas escolares decorrem de uma variedade de situações que envolvem questões ligadas à aprendizagem e às relações sociais do aluno no ambiente escolar que, permeados por problemas associados (familiares, perdas significativas, violências) necessitam de uma adequada investigação baseada em avaliação diagnóstica por meio de procedimentos pedagógicos e psicológicos (LINHARES et al, 1993; BOARINI, BORGES, 1998). A queixa escolar parece se estruturar, em primeira análise, diante de situações ligadas ao baixo rendimento escolar, à indisciplina na sala de aula ou no ambiente escolar ou por causas patológicas, psicopatológicas que, em certa medida, não são inerentes à escola (SOUZA, 2007).

No primeiro caso, a saber, o das queixas mais diretamente conectadas ao ambiente escolar e à dinâmica de sociabilidade na escola, BRAGA e MORAIS (2007) as descrevem, por exemplo, como sendo:

> Dificuldade escolar, dificuldade de aprendizagem, déficit de aprendizagem, atraso escolar, baixo rendimento escolar, não sabe ler, não sabe escrever, não vai bem na escola, não reconhece as letras, dificuldade de atenção e concentração, agitação, inquietude e hiperatividade durante as aulas. (p.40)

Enquanto que os problemas de comportamento que incidem mais fortemente na construção das queixas escolares relacionados à escola são exemplificados em situações tais como:

> Não obedece a ninguém, é agressivo na escola, chora quando chamado para atividades, apresenta distúrbio de comportamento na escola, desorganização e bagunça. (p.40)

Portanto, as queixas escolares são formadas por questões descobertas no interior da escola e que, mesmo existindo anteriormente à escolarização e/ou em sua independência, se conectam negativamente no interior do espaço escolar com as atividades que nele se desenvolvem. Assim, relacionadas à escola, elas vão desde as dificuldades de aprendizagem até aos fenômenos de cunho comportamental.

É assim que, há mais de uma década, SCORTEGAGNA e LEVANDOWSKI (2004) já verificavam a existência de um grande número de encaminhamentos referentes aos problemas de aprendizagem para um serviço de psicologia.

Bem como, estudos anteriores, já discutiam acerca das formas e motivos a partir dos quais queixas escolares seriam construídas e efetivadas o que, em certa medida, permitiu delinear e revelar um possível mascaramento das dificuldades e deficiências específicas da escola cujo desfecho é o de lançar exclusivamente o peso das dificuldades nos atributos pessoais dos escolares ou de seus familiares e assim, consolidar a racionalidade pedagógica para lidar com estas situações (PATTO, 1990, 1993). Nesse contexto, a área da Psicologia Educacional passa a ser denunciada como um espaço de conhecimento e atuação que, em parceria com a escola, serve para promover iniciativas não pedagógicas e sim de modo clínico. Isso vêm reforçar o entendimento de que estas iniciativas que, atrelam as queixas escolares sob os cuidados da psicologia, patologizavam e medicalizam o indivíduo edificando como critério diferencial o desempenho escolar satisfatório (CRP-SP, 2008, SOUZA, 2010; TERRA-CANDIDO, 2015).

Seja como for, a queixa escolar constitui, ainda atualmente, um dos motivos de encaminhamentos de crianças à rede pública de saúde, às clínicas-escolas de psicologia, à atenção básica e aos CAPSis (LAURIDSEN, TANAKA, 2010; SANDUVETE, REIS, 2010; ZIBETTI et al., 2010; D'ABREU, 2010, 2011; REIS, 2012).

Se a queixa escolar constitui um dos primeiros motivos de encaminhamento ao setor de saúde mental esse setor, por sua vez, parece pouco efetivo, apesar de atento, para atuar com o escolar que busca seu auxílio. Muito do pensamento e das ações práticas ainda parecem reforçar o foco nos procedimentos clínicos dentro de uma perspectiva medicalizante pela lógica da doença x cura (PATTO, 1993; AMARANTE, 1998, 2007; BELTRAME, BOARINI, 2013; LOPES, 2013). Tal perspectiva é posta em evidência por diversos estudiosos que indicam que esse processo tem-se reforçado pelo avanço do processo de medicalização da sociedade por parte da discursividade médica (BETTI, 2007; BAUTHENEY, 2011; LOPES, 2013).

Nesse contexto, as discussões sobre a medicalização da sociedade se apresentam como algo ativo e instalado com base no saber científico e que pretende deslocar as discussões apenas sob esta ótica. Tal posicionamento promove as patologias individuais como explicações para os problemas de aprendizagem, menosprezando uma gama de fatores de ordem político-pedagógica que são mais frequentes e mais significativos nas vicissitudes da escolarização (AMARANTE, 2007; LOPES, 2013).

A despeito do efeito inercial dessas posições político-epistêmicas é preciso observar que, a partir dos anos 2000, a rede de saúde mental infantojuvenil brasileira busca constituir-se, como uma realidade institucional efetiva que pretende estabelecer, junto aos diversos setores e entre eles a escola, uma relação complexa envolvendo, desenvolvendo e atuando sob o foco do cuidado integral de crianças e adolescentes. Assim, no âmbito das relações entre o campo da saúde mental e a escola, se observam a construção de laços, novas modalidades de ações e intervenções e assim, estudar a natureza, funções e aspectos das relações que se estabelecem entre a escola e os serviços de saúde (SANDUVETE, REIS, 2010). Isso ressalta a ideia de que a saúde mental se manifesta como algo maior do que o sujeito não ter doenças, mas sim como algo que lhe propicia vivenciar seu bem-estar, sua autonomia, sua competência e exploração de seu potencial intelectual e emocional.

Assim os encaminhamentos advindos da escola podem, a este propósito, se constituir como operadores susceptíveis de trazer alguma luz sobre as atuais relações entre

estes espaços que acolhem e atuam com a parcela infantojuvenil da população (LAURIDSEN-RIBEIRO, 2010).

Como expressão maior desse processo de transformação e de diferenciação político-epistemológico se encontra na criação dos *Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi* - Portaria GM/336 de 2002 – (BRASIL, 2002) que atuam como um serviço de saúde de referência especializado no cuidado de situações de sofrimento psíquico severos e persistente. Este equipamento busca atuar sob a perspectiva da ação multiprofissional e interdisciplinar, bem como pela ação intersetorial para a construção e articulação da rede ampliada de atenção infantojuvenil.

É nesse contexto que este estudo pretende caracterizar a população atendida por um CAPSi, conhecer quais são as queixas que chegam ao serviço, identificar quais são as queixas escolares atendidas e como os profissionais do serviço as compreendem e atuam para no processo de seu atendimento nos CAPSi.

2. O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

2.1. A Saúde Mental e a Educação

Por muito tempo acreditou-se que a criança não enlouquecia. A partir dos prelúdios da Revolução francesa, a infância se cobre de inocência e permanece apartada da figura do louco que com suas extravagâncias percorre o imaginário de tantas civilizações que a dotavam de características particulares: o louco é visto como o indivíduo errante, excessivo, insensato e incluído na categoria dos marginais. Objeto de representações e ações diversas ao longo dos diferentes períodos da história Ocidental, foi a partir da Revolução francesa de 1789 que se deu o aparecimento das novas formas de pensar a loucura. No século das luzes, sob a égide da razão, mais precisamente, a partir do ano de 1793, com base em preceitos de Philippe Pinel, acerca do tratamento humanizado, dos direitos universais do ser humano, do isolamento do indivíduo e do tratamento moral, como forma de cuidado para os alienados, inicia-se a mudança dos paradigmas sobre a loucura e o louco. Os loucos e seus estados passam a ser compreendidos, sob a luz de alguns fatores e ordenamentos, no âmbito da medicina. Seus comportamentos observáveis, nas suas eventuais causalidades, diferenças e semelhanças, passam a serem entendidas como sinais agora passíveis de organização, classificações e de hipóteses racionais para o seu tratamento e cura. Fundam-se de maneira concordante o asilo para os alienados mentais (o hospital psiquiátrico), um sistema classificatório à guisa de teoria (sonografia/logia), um tratamento ordenado e justificado sob o nome de tratamento moral (a terapêutica). No que tange à população adulta, os modos de percepção da loucura e de ação sobre o louco passam, pois, a ser fundados e ordenados a partir do ponto de vista da medicina.

Porém, teve-se ainda que esperar algum tempo por um novo quadro institucional e social para que o olhar ainda míope da psiquiátrica nascente se voltasse timidamente para a população infantil e, consequentemente, se esboçassem os primeiros traços do que seria a psicopatologia da criança e do adolescente.

Desde o início, essa inflexão se deu pela atração exercida pelos problemas que borbulhavam no cadinho da educação e da escola. Foi pela tentativa de reeducar, em meados do século XIX, um menino supostamente selvagem, desprovido de qualidades

humanas necessárias ao convívio civilizado, encontrado nas florestas do sul da França, que se desenhou os primeiros traços do que viria a ser o campo da saúde mental infantojuvenil.

O tutor do “menino-fera”, o médico Jean Itard, discípulo de Esquirol, que veio por sua vez suceder a Philippe Pinel, fundou posteriormente a primeira escola de reeducação para crianças intelectualmente incapacitadas. No ano de 1849, Seguin publica o livro “Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas e outras crianças retardadas”, assim diferentes pioneiros do incipiente campo da saúde mental infantil, dentre os quais se destacam, além do próprio Seguin, as figuras de Bourneville, Décroly, Pestalozzi, Maria Montessori que, inspirados em estudos do médico Jean Itard, fundam diversas instituições para o acolhimento de crianças tidas como não educáveis (REIS, 2010, p.112).

Assim se o campo da saúde mental do adulto se ordenou historicamente em torno da medicina e com ela teceu laços que ainda hoje parecem difíceis de deslindar, o da saúde mental infantojuvenil se construiu a partir das preocupações advindas da educação e dos desafios oriundos da escola.

Nesse período diversas iniciativas veem à luz, dentre as quais a de Guizot (1833) que obrigava toda comuna francesa com mais de 500 habitantes ter pelo menos uma escola primária de meninos, revolucionando a educação infantil no mundo bem como a iniciativa de Ferry (1881) que instituiu a escola pública, obrigatória e gratuita. Essa nova situação educacional traz consigo novos desafios: rastrear e identificar, na imensa maré de crianças sentadas nos bancos escolares, aqueles infelizes que, por motivos de misteriosos problemas mentais, se encontram em graus diversos irremediavelmente deficitários sem, consequentemente, condições de seguir o ensinamento das letras, das cifras, dos números, das datas, dos nomes e das frases.

Para o rastreamento da população de incapazes se recolhe, na caixa de ferramenta da psiquiatria nascente, os apetrechos classificatórios então propostos. Procura-se e tenta se detectar, na maré dos pequenos escolares da República francesa, os deficitários ou mentalmente deficientes. Esses se tornam objeto de classificação psiquiátrica, sob denominações que, posteriormente no curso da história, se tornarão insultos: idiotas, imbecis e cretinos.

Nesse mesmo período histórico, em que na Europa se processava o *aggiornamento* das ações e visões sobre o louco e a loucura, a família real portuguesa desembarcava no

Brasil (1808). Não seria falso dizer que as preocupações com a saúde do ambiente, principalmente urbano, e de suas populações e a necessidade de formação de profissionais a ela dedicado aportaram no Brasil, de maneira desigual, junto com D. João VI.

No ano de 1841, por meio de um decreto imperial de D. Pedro II, foi autorizada a construção, que se iniciou em 1842, de um local para o asilamento de pessoas consideradas *alienadas ou insanas*. Assim, no ano de 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil – Hospício de D. Pedro II - na cidade do Rio de Janeiro, sob os cuidados de religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Somente no ano de 1886 esta instituição contou com a direção de um médico psiquiatra. (BRASIL, 2008)

Em 1897, os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública. Basicamente as ações eram poucas, restritas e dirigidas aos adultos. No início do 2º Império (D. Pedro II - 1840/1889) algumas iniciativas buscavam atender à necessidade da criação de espaços especializados para o atendimento de jovens com dificuldades físicas, sensoriais e mentais. Diante disso foram criadas instituições como o "Imperial Instituto dos Meninos Cegos" (1854) que nos dias de hoje é o Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto de Surdos Mudos (1857) chamado hoje de Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES (BRASIL, 2008). Situação essa que perdurou, em muito, em virtude da criança não ser observada como um indivíduo em desenvolvimento.

> A criança foi, por muito tempo, percebida e tratada como um adulto em miniatura, sem peculiaridades, a não ser física, que pudessem demandar uma preocupação especial… Como consequência disso, pouco se pensou sobre os cuidados voltados ao seu sofrimento psíquico. (DELFINI, 2010, p.22)

Neste mesmo período, a partir da segunda metade do século XIX, a Europa passava por uma profunda mudança em sua estrutura social e isso repercutia diretamente na área da saúde pública, pois se iniciaram os deslocamentos das populações das pequenas comunidades rurais para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias para o agravamento dos surtos de doenças epidêmicas, assim como o aparecimento dos casos de doenças mentais (BRASIL, 2008).

Ao retornarmos para o Brasil, no início do século XX, observa-se que uma lógica higienista orientava fortemente as ações que visavam proteger as crianças da insanidade e da delinquência, já que estas eram entendidas e consideradas como o futuro da sociedade. Esta visão extrapolava o campo da saúde mental, pois envolvia a escola como o local adequado para ensiná-las as regras de convívio sociais o que denotava a presença de princípios jurídico-normativos para manutenção destes locais (BATISTA, OLIVEIRA, 2004; DELFINI, 2012).

> Os higienistas, preocupados com a formação moral, física e intelectual das crianças, e respaldados pelas inúmeras teses das faculdades de medicina, ditavam as regras e normas no preparo e aperfeiçoamento dos futuros **"homens da sociedade".** Disciplina, ordem e aproveitamento do tempo norteavam o dia-a-dia nos colégios. (RIBEIRO, 2006, p.32)

O Movimento de Higiene Mental (1908) influenciou e contribuiu, em muito, para o surgimento de novas formas e ideias para a compreensão e consolidação dos saberes, dos modos de proteção e de tratamento para o doente mental. No Rio de Janeiro, em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (1923), pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com o intuito de se constituir a entidade central da psiquiatria para a formulação do novo e moderno projeto de intervenção social (REIS, 2010).

Em 1926, é fundado o Instituto Pestalozzi que se destinava a atender deficientes mentais dentro de uma perspectiva de ação educacional especializada. O Instituto Pestalozzi perdura até hoje em diversas localidades do Brasil atuando de modo interdisciplinar para atender diversas formas de deficiências (FUNASA, 2016).

Até o ano de 1953, existia o Ministério da Educação e Saúde que, a partir daquele ano foi desmembrado em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 2015).

A partir da metade do século XX, no ano de 1954 foi criada a *1ª Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE)* que atua, até os dias de hoje, na área da deficiência intelectual. Em 1961, a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* cita a criança excepcional e propõe que esta tenha direito a educação dentro do sistema de ensino, porém em 1971 a lei de 1961 é alterada para incluir o tratamento diferenciado aos chamados

alunos com deficiência e também para os superdotados, reforçando que os atendidos sejam em classes e instituições especiais (FUNASA, 2016).

Em novembro de 1959, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, por unanimidade, a *Declaração dos Direitos da Criança* discorrendo sobre bases e fundamentos acerca dos direitos a liberdade, a saúde, aos estudos, ao brincar e ao convívio social. Através do Fundo das Nações para a Infância (UNICEF) foram incentivadas ações para a integração da criança na sociedade.

Na década de 1960, iniciaram-se movimentos que vislumbravam outras formas para o atendimento da população pelos serviços de saúde, dentre elas, as que visavam à ampliação das iniciativas para a prevenção do aumento de doenças. Isso concorreu para a elaboração de normas de ação e controle sobre a saúde das populações, acarretando assim, por exemplo, a regulamentações sobre a iodação do sal e sobre a distribuição e o consumo das águas, o controle sanitário de vacinas. Iniciou-se o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (doença infectocontagiosa aguda que causa paralisia dos membros e por vezes comprometimentos cerebrais) como importante marco para as atividades de vacinação do país, além do início da produção e distribuição de medicamentos considerados essenciais (FUNASA, 2016).

Nas duas décadas seguintes, os movimentos da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica brasileira e da redemocratização do país concorreram para a construção de posicionamentos e manifestações no sentido de atenuar situações de vulnerabilidade e lacunas *re-existentes* no campo da Saúde Pública abrangendo de modo gestacional o campo da Saúde Mental infantojuvenil. Esses movimentos contavam com a participação e militância de profissionais, pais e comunidade acadêmica para superar a visão puramente higienista e hospitalar vigente (AMSTALDEN, et al., 2010; MACEDO, 2010).

No ano de 1973 é criado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) *o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP* que de maneira integral impulsiona as iniciativas educacionais da escola para atender as crianças e adolescentes como deficiências motoras e mentais (BRASIL, 2015).

A *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, reunida na cidade de Alma-Ata, 1978, (Cazaquistão, pertencente à época a URSS) propôs urgência no sentido de que os governos, os trabalhadores do campo da saúde e do desenvolvimento e a comunidade mundial discutissem formas de promover a saúde de todos os povos do mundo. Declara que a saúde não é simplesmente a ausência de doença

ou enfermidade, mas sim que a saúde é um direito humano fundamental em todos os aspectos (físico, mental e social) e que os investimentos nos cuidados primários de saúde das populações contribuiriam para que as metas consideradas satisfatórias fossem alcançadas (saúde para todos no ano 2000), posto que a atenção primária em saúde representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com os sistemas de saúde em seus países. Isto incluiu as áreas como a educação no que se refere aos problemas de saúde e métodos de prevenção e controle, a nutrição e a distribuição de alimentos, o saneamento e consumo adequado da água de boa qualidade, os cuidados materno-infantis que incluem o planejamento familiar, as imunizações e prevenção de doenças infecciosas e endêmicas e a distribuição de medicamentos. Todas estas inciativas deveriam ser promovidas por todos os níveis de governo e das comunidades envolvidas.

O fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária ganha força e organização, ao longo destes anos, que culmina com as propostas apresentadas na *VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986*, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (FUNASA, 2016). O que foi efetivado no bojo da *Constituição Federal de 1988*, uma vez que esta incluiu garantias como direito à vida e de condições dignas para todas as faixas etárias, além de definir modos específicos para a proteção da criança e adolescente (AMARANTE, 1998; AMSTALDEN, et al, 2010; MACEDO, 2010).

Nesse ínterim, no ano de 1986, acontecia a promulgação da *Carta de Ottawa* de 1986 que previa a promoção da saúde como fator fundamental de busca, melhoria e manutenção da qualidade de vida. A promoção da saúde não é exclusividade do setor da saúde, mas é responsabilidade de todos na direção do bem-estar global em que a Educação aparece como parte integrante dos espaços de promoção da saúde.

> Em defesa de causa: Existe a necessidade da saúde ser reconhecida, por todos os setores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. (Carta de Ottawa, 1986)

Movimento relativamente análogo pôde ser mais tarde observado no âmbito da Educação. A *Declaração de Jomtien* (Tailândia, 1990), conhecida também como a *Declaração Mundial de Educação para Todos*, prevê em seu objetivo:

> Satisfazer as necessidades básicas da aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos [...] e o esforço de longo prazo para a consecução deste objetivo sustentado, de forma mais eficaz, o estabelecimento de objetivos intermediários e o acompanhamento dos progressos realizados. As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo. (Declaração de Jomtien, 1990)

Portanto, houve o incentivo para que os países participantes elaborassem Planos decenais, contemplando diretrizes e as metas do Plano de Ação propostos pela conferência, assim a Declaração de Jomtien é considerada um dos principais documentos mundiais sobre Educação e as deficiências.

No Brasil, neste mesmo período, temos a promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA* (lei 8.069/90) que é considerado um grande avanço da legislação, pois ampliou as garantias do cuidado e a proteção da criança (zero até 12 anos incompletos) e do adolescente (entre 12 e 18 anos) e assegurando seus direitos individuais e sociais, além de atribuir responsabilidades para pais, familiares, comunidade, sociedade em geral e dos órgãos públicos que os acolhem (MUSSE, 2008). O ECA advoga a promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças e adolescentes, com acesso universal e igualitário, via Sistema Único de Saúde (SUS). Sob o olhar do campo da saúde mental, o estatuto propõe locais onde crianças e jovens tenham refúgio e orientação para a preservação de sua integridade física, psíquica e moral e que os coloquem a salvo de tratamentos violentos, além de firmar que o ensino deve ser obrigatório e gratuito para portadores de deficiências físicas, sensoriais, mentais e intelectuais.

Ainda no ano de 1990, acontece na cidade de Caracas, na Venezuela, a *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde – Declaração de Caracas* - que contou com a participação de profissionais de saúde mental, organizações, associações, autoridades de saúde, legisladores e juristas.

Neste encontro foram extraídos princípios como:

> a) A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
>
> b) O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial, dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:

> 1) provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
>
> 2) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
>
> 3) absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
>
> 4) fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. (Declaração de Caracas, 1990)

Assim, como já proposto pela Conferência de Alma-Ata, a *Declaração de Caracas* reforça que a atenção primária de saúde será a estratégia preconizada pela Organização Mundial de Saúde/OMS e Organização Panamericana de Saúde/OPAS. E que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria deverão adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde. E declaram:

> 1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
>
> 2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

Diante disso, a *Declaração de Caracas* conclama que:

> Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

Como foi possível observar, ao longo dos anos, as propostas e iniciativas para a atenção e o cuidado da população infantojuvenil fundaram um terreno promissor rumo à efetivação de espaços, iniciativas e ações específicas no campo da saúde e no âmbito da saúde mental.

2.2. A Educação e a Saúde Mental

No âmbito da Educação, em específico da Educação Especial, aconteceu em 1994, a *Declaração de Salamanca* que aponta a resolução da ONU em que são descritos princípios, políticas e práticas em educação especial. Em Assembleia Geral, apresenta os Procedimentos-Padrões das Nações Unidas para a equalização de oportunidades para pessoas portadoras de deficiências. É considerada mundialmente um dos mais importantes documentos que visam à inclusão social do deficiente. Sua origem embrionária parte de movimentos (décadas de 60 e 70 do século XX) em favor dos direitos humanos e contra instituições segregacionistas.

No âmbito brasileiro, neste mesmo ano de 1994, foi publicada a *Política Nacional de Educação Especial* (PNEE) tendo como pano de fundo a integração instrucional que condiciona que a criança portadora de necessidade especial, participe da classe regular desde que consiga realizar as atividades curriculares cotidianas dentro do seu nível de desenvolvimento e aprendizagem (BRASIL, 2008).

Em 1996 é promulgada a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB – lei 9394/96) que visa priorizar e garantir a presença de todos no espaço escolar e que é dever do Estado zelar por esta inserção. Sob o foco da saúde mental descreve a existência de atendimento educacional para alunos com necessidades especiais em toda a Educação Básica. A LDB afirma que as escolas, do modo regular, devem oferecer serviços de apoio especializados para atender as peculiaridades da clientela da educação, assim como condições especiais para os que não possam ser integrados nas classes comuns. Para tanto os sistemas de ensino devem assegurar, para os educandos com necessidades especiais: currículos; métodos; técnicas; recursos educativos e organizações específicas para seu pleno desenvolvimento. Prevê ainda dar finalidade para os que não puderem terminar, por conta da sua deficiência, com os níveis exigidos para o ensino fundamental, assim como dar aceleração para a conclusão dos estudos de alunos superdotados (BRASIL, 1996).

Em 1999, é regulamentada a *Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência* que reafirma o princípio de que a educação especial tem uma ação complementar dentro do ensino regular. Ainda no mesmo ano de 1999, na Guatemala, acontece a *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência*, sendo este encontro a base para o Brasil promulgar o decreto nº 3.956/2001 que afirma para todas as pessoas com

deficiência os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais. Define como discriminação qualquer forma de diferenciação ou exclusão que venha impedir ou negar o acesso aos direitos e liberdades fundamentais. Este decreto marca a retomada, por parte da escola, da noção de educação especial e das estratégias que deverão ser criadas ou aprimoradas para eliminar eventuais barreiras para o pleno processo de escolarização (BRASIL, 2008).

As *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*, pela resolução do Conselho Nacional de Educação CNE e Conselho de Educação Básica (CEB) previstas na resolução nº 2/2001- artigo 2º aponta:

> Os Sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizar-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos.

Bem como, o *Plano Nacional de Educação* – PNE/Lei nº 10.172/2001- é o marco da construção de uma escola inclusiva e que contempla a expressão da diversidade humana (BRASIL, 2001).

Em 2002 a Resolução nº 1/2002 do CNE/CP (Conselho de Professores) que versa sobre as *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica*, aponta que as instituições de ensino superior devem contemplar, em sua organização curricular, a diversidade e a especificidade dos temas sobre alunos com necessidades especiais. No mesmo ano a Lei 10.436/2002 garante dentro do currículo para a formação de professores e fonoaudiólogos, a difusão e uso da *Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS*. A Portaria nº 2.678/2002 aprova as diretrizes e norma para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino no território nacional (BRASIL, 2008).

No ano de 2003, é criado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) o *Programa Educação Inclusiva* que propõe a transformação dos sistemas de ensino para os sistemas educacionais inclusivos, promovendo a formação de gestores e educadores, nos municípios, para atuarem pela garantia dos direitos de acesso para todos à escolarização; na organização do atendimento educacional; promoção da acessibilidade (BRASIL, 2008).

O Ministério Público Federal, em 2004, divulga o documento intitulado: *O Acesso de alunos com deficiências às escolas e classes comuns da rede regular*, com o objetivo de disseminar e difundir conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão, reafirmando o direito

e os benefícios da escolarização de alunos com ou sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular brasileiro. Neste mesmo ano, o Decreto nº 5.296/2004 regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00 para estabelecer normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. Aparece então o *Programa Brasil Acessível* que promove e apoia as ações que garantam a acessibilidade (BRASIL, 2008).

O Decreto nº 5.625/05 regulamenta a Lei 10.436/2002, visando à inclusão dos alunos surdos, para abarcar a inclusão de Libras como disciplina curricular, a formação e certificação de professor, instrutor e tradutor/intérprete de Libras, o ensino da língua portuguesa como segunda língua para alunos surdos. Ainda em 2005, a implantação dos Núcleos de Atividades das Altas Habilidades/Superdotação – NAAH/S em todos os estados e distrito federal. São criados centros de referência para o atendimento educacional especializado para alunos com altas habilidades/superdotação bem como orientação para famílias e formação continuada para professores (BRASIL, 2008).

A *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* de 2006, na cidade de New York (EUA), da qual o Brasil foi signatário, estabelece que os Estados sejam responsáveis por assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, o MEC, o Ministério da Justiça (MJ) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) lançam o *Plano Nacional da Educação em Direitos Humanos*, que entre outras ações, tem o objetivo de fomentar no currículo da formação básica as temáticas relativas às pessoas com deficiência e desenvolver ações afirmativas que possibilitem inclusão, acesso e permanência na educação superior (BRASIL, 2008).

No âmbito de uma ação intersetorial entre as áreas da Saúde e Educação foi iniciado em 2007 o *Programa Saúde na Escola (PSE)*. A ideia deste programa, voltado para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, visa promover a saúde e educação integral através das parcerias entre as redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento destas populações (BRASILc, 2016).

Dentro do contexto do Plano de Aceleração do Crescimento do governo federal Brasileiro (PAC), em 2007, é lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, que reafirma a *Agenda Social de Inclusão das Pessoas com Deficiência*, observando os eixos da acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, implantação de salas de recursos e formação docente para o atendimento educacional especializado. Pelo PDE é

reafirmada a visão sistêmica da educação na busca para superar a oposição existente entre educação regular e educação especial. O Decreto nº 6.094/2007 dita como diretrizes o compromisso *Todos pela Educação* que pretende a garantia do acesso e permanência no ensino regular dos alunos com necessidades educacionais especiais pelo fortalecimento destas ações nas escolas públicas (BRASIL, 2008).

A educação especial conta hoje com a *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* que visa assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

Assim, pretende orientar os sistemas de ensino para garantir: acesso ao ensino regular com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta de atendimento especializado por professores capacitados para este atendimento; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações, nas informações e articulação intersetorial como forma de incremento às políticas públicas (BRASIL, 2008).

2.3. A rede de saúde mental infantojuvenil

Para contemplar as novas exigências oriundas das transformações ocorridas no campo da saúde mental voltadas à população infanto-juvenil começou a ser construída, sobretudo a partir de sua institucionalização, uma rede de acolhimento e cuidados.

Há de se assinalar a importância crucial das políticas de Saúde Mental estabelecidas no bojo da Reforma Psiquiátrica posto que, pela primeira vez na história brasileira, passou-se a ter um olhar diferenciado dirigido à criança e ao adolescente em sofrimento mental. Tal olhar implica a compreensão das crianças e adolescentes, em sofrimento mental, como sujeitos de direito (MUSSE, 2008), que podem ser acolhidas por uma rede pública de cuidados, sendo esses orientados no sentido de integrá-las em seus espaços sociais. Essa atenção é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo o princípio tripartite de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) são equipamentos sociais que visam dar acolhimento para crianças com sofrimento psíquico de modo grave e/ou persistente, e que, ao longo do tempo, passaram a incluir o cuidado para os casos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Bem como, em situações clínicas que se façam necessárias para a construção e o fortalecimento de laços e vínculos sociais e/ou para a realização dos projetos de vida da população infantojuvenil (BRASIL, 2002; REISb, et al.,2010; BRASIL, 2015).

O CAPSi propõe o formato de atenção diária, desempenhando o papel de serviço regulador da assistência e organizadora da demanda aparente na rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil, coordenando as unidades de atenção psiquiátrica ao supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, programas e serviços de saúde mental, pautando-se pela noção de atuação no território. Ao CAPSi é proposto o funcionamento durante cinco dias úteis, das 8h até às 18h com equipe multiprofissional e ainda com a possibilidade de ampliação do 3º turno de atendimento até às 21h (BRASIL, 2002).

O que pode ser observado é que cada vez mais as propostas de atenção e cuidado, no campo da saúde mental da infância e adolescência, passam a atuar pela perspectiva do sujeito de direitos sob a perspectiva da atenção psicossocial. Assim, a consolidação da *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS:*

> Tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2015).

Diante de tudo que foi exposto, se torna possível perceber que a criança e adolescente contam com um aparato cada vez mais significativo e efetivo para a consolidação do cuidado de suas necessidades e para a proteção da sua saúde e vida.

3. A QUEIXA ESCOLAR E O ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A psiquiatria infantil tem suas raízes nos bancos escolares, o que, historicamente, a liga de maneira indissociável ao campo da educação e é ainda pela escola que grande parte do sofrimento psíquico de crianças transparece e se manifesta no mundo sob a forma de sinais e sintomas. Anteriormente a isso, as tentativas de *"construções e classificações da infância"* defendiam a perspectiva da ideia da criança ser um *adulto em miniatura* e, portanto, sem olhares diferenciados, passando, posteriormente, pelo *ser imaturo e incompleto* e, por assim dizer, um ser passível de intenso treinamento para torna-se um adulto, em tempos do século XV e XVI. Já a elaboração e adoção dos conceitos, que inauguram a psicopatologia infantil, descrevem estados mentais como a idiotia, imbecilidade e cretinice em períodos do século XIX (REISa et al., 2010; ALMEIDA, 2013; DELFINI, 2016). Nesse sentido cabe relembrar, conforme já descrito ao longo deste estudo, que:

> Construções historicamente novas cujos pontos de origem se encontram na organização do hospital psiquiátrico, na classificação taxonômica da dor psíquica, na fundamentação do sofrimento mental sob o signo da doença e, finalmente, na instituição do tratamento moral. A transformação das formas culturais tradicionais de se lidar com o sofrimento psíquico em cuidados médicos se deve ao Dr. Phillipe Pinel, médico do período revolucionário francês do fim do século XVIII (REIS et al., 2013, p. 351).

No início do século XX, apareceram os primeiros locais para tratar e acolher as crianças com perturbações mentais, dentre eles o pavilhão para crianças no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha em 1903, um serviço para menores deficientes no Hospital Juquery em 1912, em Pernambuco, no Instituto de Psicologia, a formação de uma equipe multiprofissional para atender crianças no ano 1929, no mesmo ano em Minas Gerais o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico e posteriormente a fundação da Sociedade e Instituto Pestalozzi para o tratamento de crianças com

deficiências ou perturbações mentais, bem como a Comunidade Terapêutica Enfance em São Paulo – 1968 (DELFINI, 2010).

E, ao avançar com o tempo, chega-se ao início dos anos 1970 quando aparecem vozes que alertam para a necessidade de mudanças dos paradigmas da saúde nacional problematizando tanto as questões gerais de saúde da população quanto aquelas mais específicas da saúde mental.

Esses dois movimentos, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, se desenvolveram, no Brasil, de modo paralelo e não raramente enriquecendo-se mutuamente. Ao contrário de outras partes do mundo em que os movimentos de contestação do hospital psiquiátrico e das práticas manicomiais bem como do próprio estatuto do saber psiquiátrico e da loucura foram questionados vigorosamente na independência de grandes transformações de seus sistemas tradicionais e bem estabelecidos de saúde, no Brasil, por força das condições históricas presentes no ocaso do autoritarismo, os movimentos de contestação psiquiátrica e o de reconstrução das políticas e estruturas de saúde se deram de maneira coetânea. Situação rara e exitosa.

> Um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas (BRASILa, 2016).

As discussões sobre mudanças encontraram no ano de 1986 o marco referencial da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Neste encontro se consolidam as propostas do ideal da Reforma Sanitária Brasileira no sentido da universalidade do direito à saúde, oficializado pela Constituição Federal de 1988 por meio da criação do Sistema Único de Saúde (BRASILa, 2016).

Foi nesse clima de novos olhares para a saúde que os saberes, as reflexões e as práticas no campo da saúde mental miram foco nas suas especificidades e nas características dos sujeitos em sofrimento psíquico em detrimento do grau ou nível de atraso, das pretensas anormalidades ou do déficit intelectual, mas sim nas vivências e experiências existenciais,

sociais, afetivas e emocionais e com isso, ampliar a efetividade e resolutividade das suas ações e, assim, concorrer para a criação de políticas públicas para a implantação de serviços especializados e diferenciados para a atenção ao público infantojuvenil (PATTO, 2015; DELFINI, 2016).

O discurso dos profissionais da saúde mental busca orientar-se, agora, pelas inciativas advindas das bases teóricas, experiências e vivências sob o cunho dos novos modos de atenção e cuidado em saúde. LEÃO e BARROS (2008), em pesquisa sobre os discursos de profissionais da saúde mental apontam:

> Temos a convivência de diferentes visões de mundo acerca da doença e, consequentemente, dos meios de lidar com o indivíduo, que certamente se expressa na prática cotidiana do serviço. A mudança de modelo de atenção em saúde mental está atrelada a essas práticas que vão além da área da saúde e demandam debates mais intensos em torno da complexidade do sistema de saúde como um todo, das relações intersetoriais, bem como das condições socioeconômicas, no que se refere ao mercado de trabalho e da insuficiência de Políticas Sociais, entre outros aspectos (p.104).

No bojo das novas perspectivas para a atenção e o cuidado em saúde, DELFINI (2016) traz aspectos interessantes acerca saúde mental da criança quando indica que *"*Saberes e práticas sobre a saúde mental infantil são bastante recentes e guardam ligação com construções teóricas sobre a saúde mental do adulto, mas também dela se distingue, formando um percurso histórico específico*"* (pag. 12).

A população infantil representa a grande maioria dos pedidos de atendimento para os serviços de saúde na rede pública, sendo a escola uma das portas de entrada desta faixa etária na saúde (LAURIDSEN-RIBEIRO, 2003, 2010; TAVARES, 2005)**.**

Diversos autores enfatizam a necessidade de se estudarem a natureza, funções e aspectos dos encaminhamentos para a saúde mental e seus possíveis desdobramentos para os familiares, para os serviços e equipamentos de saúde, para a escola, para as organizações não governamentais, assistência e judiciário, conforme poderemos observar a seguir.

O estudo sobre a *Porta de entrada pela atenção básica* (GIANELLA et al, 2003) considera que:

> A proporção de encaminhamentos por consulta realizada é indicador de resolutividade do serviço, porém não pode ser analisada isoladamente. Esse indicador não informa sobre o resultado do cuidado para o paciente, é influenciado pelo conhecimento clínico do médico, com decisão adequada ou não, sobre a melhor opção de cuidado para cada caso, além de estar condicionada pelo elenco disponível de recursos diagnósticos para solicitação pelo médico de atenção primária. Outros sim, uma baixa proporção de encaminhamentos pode ser condicionada por dificuldades de agendamento nos outros serviços (pag. 283).

No que se refere ao encaminhamento de crianças e adolescentes é possível observar que a procura referente as queixas escolares que podem ser advindas das escolas, dos serviços da atenção básica, dos serviços especializados e de reabilitação e pela procura espontânea por pais, responsáveis legais, tutores ou por outras instâncias assistenciais ou jurídicas (SCORTEGAGNA, LEVANDOWSKI, 2004; MARÇAL, SILVA, 2006, SOUZAb, 2007, REIS, 2010; LOPES, 2013; MATOS, 2014).

De toda maneira e a despeito de seus horizontes de origem tem-se que a queixa escolar constitui um dos principais motivos de encaminhamento de crianças à rede pública de saúde mental e às clínicas-escolas de psicologia (REIS, 2010). Esses encaminhamentos se dão, em geral, pela iniciativa dos professores que, ao detectar *algo diferente* com o aluno, procuram uma resposta para sua indagação e que os principais motivos são as atitudes agressivas, apatia, dificuldades na leitura e na escrita. (SOUZAb, 2007)

Independentemente do resultado do debate sobre a produção das queixas escolares, SCORTEGAGNA e LEVANDOWSKI (2004), em seu estudo sobre os encaminhamentos para um serviço de psicologia, indicam 04 categorias para descrevê-las:

- *Problemas de aprendizagem;*
- *Problemas de comportamento;*
- *Problemas emocionais;*
- *Outros problemas relacionados a questões escolares.*

HOFFMAN, et al. (2008) consideravam reduzidas as produções sobre os "problemas de saúde mental na infância e adolescência e sobre a utilização de serviços por esta população" (pag. 633), bem como os relacionados com problemas de habilidades escolares.

> A necessidade de investimento na articulação e discussão entre os profissionais da saúde e da área educacional, com a finalidade de reduzir encaminhamentos para serviços especializados de atenção à saúde mental, como os CAPSi, perante dificuldades relacionadas exclusivamente aos problemas de aprendizado (pag. 638).

REIS (2010) em pesquisa observou que, 90,2% dos usuários do CAPSI frequentam a escolar regular (83%) e a escola especial (7%). Sendo a faixa etária entre 05 até 14 anos – Educação Infantil, Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II, os maiores índices de procura por queixas escolares. Nesse sentido fica observado, novamente, que a escola aparece como principal local de encaminhamento para um serviço de saúde mental. Este estudo cita o professor como um "identificador de problemas de saúde mental" (p. 167).

Em certa medida, ainda existe a cumplicidade entre a Psicologia e Educação, conforme aponta ZIBETI (2010), em seu estudo sobre os mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa escolar. O 'não rendimento' em etapas da escolarização é considerado indício de algum distúrbio e que deve encontrar na saúde um lugar para serem corrigidos. Observa ainda que quando um aluno é encaminhado para um serviço de saúde a escola entende que a questão deixou de ser de sua competência. "Ao encaminha-las para tal atendimento as escolas eximem-se de responsabilidades, pois o problema saiu do âmbito escolar e está nas mãos dos órgãos competentes, ou seja, o conselho tutelar e o sistema de saúde" (p. 503).

BAUTHENEY (2011) comenta:

> No que diz respeito à psiquiatria infantil, buscamos ilustrar como sua fundação ocorreu a partir da busca da etiologia da idiotia e da imbecilidade, de onde descendem todas as categorias que tentam enquadrar as supostas afecções infantis, dentre elas os atuais conceitos de **transtornos de aprendizagem, transtornos de conduta e transtornos emocionais, transtornos hipercinéticos** frequentemente relacionados ao insucesso escolar" (p.205).

E continua:

> A ascendência das categorias nosográficas infantis atuais de um ramo da loucura (**idiotia**) permite uma sobredeterminação imaginária entre **loucura e fracasso escolar**. Essa sobredeterminação é facilitada pela repetição de técnicas e procedimentos dirigidos as **crianças idiotas, imbecis, anormais de escola, débeis mentais, retardadas mentais, atrasados pedagógicos, anormais de conduta, oligofrênicos, hiperstênicas, com distúrbios de aprendizagem, com distúrbios emocionais, hiperativas, disléxicas**... mudam de nome e técnicas de tratamento, mas a perspectiva de enxergar a criança e seu comportamento pelo crivo do saber medicalizante permanece pouco alterado desde o século XIX (p.205).

Cabe ressaltar que alguns autores, dentre os quais PATTO (1990, 1993, 2015), tem assinalado que esses encaminhamentos, na sua grande parte, se constituem como estratégias de isenção pedagógica da escola que assim transfere para os alunos e pais a responsabilidade pelo fracasso escolar do aluno. Isso aponta para a dimensão dos processos psicossociais presentes nas práticas sociais e escolares que estão intimamente ligadas à estigmatização dos reprovados e fracassados.

> A identificação das causas de supostas dificuldades de aprendizagem da maioria do alunado das escolas públicas fundamentais brasileiras [leia-se fracasso da política educacional e da rede escolar submetida aos seus ditames] é atribuição de especialistas formados para ignorar o que se passa no 'chão da escola' e a se limitarem a fazer diagnósticos – ou seja, a procurar distúrbios e incapacidades individuais, físicas e sensoriais, intelectuais e neurológicas, emocionais e de ajustamento, como 'hiperatividade', 'distúrbios de atenção', ' deficiências mentais', dificuldades psicomotoras', 'desinteresse' e 'delinquência' nos alunos rotulados como 'fracos', 'especiais' ou incapazes nas escolas (PATTO, 2015, p.442).

O que fica claro, quando se tratam das queixas escolares, é que as situações de sofrimento psíquico estão presentes nas vivências do aluno e o que se espera é que tais queixas possam ser entendidas e contextualizadas de modo global e não apenas baseadas em expressões pontuais e deterministas que, muitas vezes, se prendem apenas às visões dos profissionais da escola e aos interesses perversos da escola (TEIXEIRA, 2014; PATTO,

2015). Fora dos muros da escola e dos serviços, existem determinantes que abarcam a vida cotidiana da criança como a pobreza extrema, as condições sanitárias, violência/abuso sexual, as influências do álcool e outras drogas, as condições precárias de assistência, bem como despreparo dos profissionais para lidar com as dificuldades da infância (MACEDO, 2004, 2012; MATSUDO, 2007).

Assim diferentes fatores interferem, atrasam e incidem na evasão do escolar e que, em parte, se refletem em situações de sofrimento psíquico e que acarretam repercussões na vida da criança e do adolescente que na escola, especificamente, sente os limites e privações de sua expressão motora, cognitiva e psicossocial (BAPTISTA, OLIVEIRA, 2004; FLEITLICH-BILYC et al, 2004; MACEDO, 2004).

Novamente se percebe a diversidade de fatores e situações (pessoais, familiares e sociais) que influenciam a construção das queixas escolares (MACEDO, 2012). Existe um consenso de que as dificuldades nos processos de escolarização percorrem caminhos multideterminados, por dinâmicas complexas e situações intra e extraescolares. Isto pode contribuir para a ampliação das possibilidades de se pensar mais profundamente o que é uma queixa escolar para a escola e para a saúde, quais são os reais motivos contidos no encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde por causa destas queixas escolares e como os profissionais destes serviços, em especifico os do campo da saúde mental, recebem e atuam para o atendimento das queixas escolares (RONCHI, AVELLAR, 2010; CAVALCANTE, AQUINO, 2013; PAULA, 2015).

Os sujeitos que frequentam a escola contam com iniciativas para desenvolver-se como ser humano, aprender e relacionar-se com si, com seus pares e com a sociedade, asseguradas essas, em âmbito jurídico e educacional, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - lei 8.069/90) e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - lei 9394/96). O que pressupõe que as questões pertinentes ao cotidiano e a saúde mental do escolar vão além da construção de espaços físicos, de atividades pedagógicas e formas de tratamentos em saúde (MACEDO, 2010).

Dada a complexidade e a diversidade de dimensões que envolvem a questão da queixa escolar e de seu encaminhamento aos equipamentos da rede de saúde mental; considerando as novas perspectivas que pautam a saúde mental; tendo ainda em vista o jogo de interesses ocultos que a determinam no âmbito das instituições e, finalmente, a relativa rarefação de investigações sobre tal temática, este estudo pretende caracterizar a população atendida em um CAPSi; conhecer quais são as queixas que chegam ao serviço, identificar quais são as queixas escolares atendidas e como os profissionais do serviço compreendem e atuam para

o seu atendimento no CAPSi. A partir dos dados, assim obtidos, espera-se, pela sua exploração analítica, trazer uma maior compreensão sobre as atuais características, estruturas e significações das queixas escolares no âmbito da saúde mental infanto-juvenil bem como sobre as práticas delas decorrentes.

4. OBJETIVOS

Geral:

- Caracterizar as queixas escolares acolhidas por um CAPSi, apreender e analisar como os profissionais do serviço compreendem as queixas escolares e analisar quais são as ações utilizadas para atender estas questões.

Específicos:

- Caracterizar e mapear os usuários atendidos pelo CAPSi e quais são as queixas escolares encaminhadas para o serviço;
- Descrever e analisar as representações dos profissionais do CAPSi acerca das queixas escolares atendidas pelo serviço;
- Descrever e analisar as ações construídas para atenderem as queixas escolares encaminhadas ao serviço.

5. MÉTODO

5.1. Apresentação da pesquisa

Trata-se de pesquisa exploratória de cunho qualitativo com uso de entrevistas semidirigidas com profissionais do CAPSi cujo intuito é a compreensão de suas representações acerca das queixas escolares e das ações utilizadas para seu atendimento. A investigação foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de um município da região metropolitana de São Paulo.

Este trabalho visa fornecer indicações que contribuam para o entendimento das interrelações e das ações que se estabelecem entre a Saúde Mental e a Educação no cotidiano de um serviço especializado de saúde mental infantojuvenil. Para tanto buscamos inspiração no referencial teórico da Grounded Theory (GT), uma ferramenta de pesquisa, sob o paradigma qualitativo, cujos primórdios se localizam em finais de 1960. BIANCHI e IKEDA (2008, p. 234, apud HANNABUSS, 1996) observam que "a grounded theory é um método qualitativo tendo, portanto, muitas semelhanças com os demais métodos qualitativos, tais como a etnografia (estudo descritivo e interpretativo da realidade do grupo) e a fenomenologia, ou seja, quando há uma forte ênfase na subjetividade da realidade construída pelos respondentes". E prosseguem indicando que para LOCKE a "Grounded Theory sofre forte influência do interacionismo simbólico, uma perspectiva metodológica frequentemente discutida na literatura de sociologia e de psicologia social que compreende observar e entender o comportamento a partir do ponto de vista dos participantes; aprender sobre o mundo dos participantes, suas interpretações de si mesmos no contexto de determinadas interações e sobre as propriedades dinâmicas das interações." (BIANCHI e IKEDA, 2008, p. 234).

Por se tratar de um estudo circunscrito a um equipamento de saúde mental infantojuvenil cujo território encontra-se sob o impulso de uma gestão estreitamente próxima aos princípios das políticas públicas de saúde mental e em que, devido às características do município, antigos hábitos institucionais coexistem com novas proposições, entendemos que a extração de entendimentos da relação CAPSI-Escola, a partir da observação empírica e qualitativa, nesse contexto, possa servir para a construção de entendimentos mais amplos referentes à Saúde Mental infantojuvenil e a Educação.

Assim, fazemos nossa a indicação de Strauss e Corbin (2000, p. 288, apud BIANCHI, IKEDA, 2008, p. 234), de acordo com a qual "o pesquisador pode usar alguns, mas não todos os procedimentos para satisfazer seus objetivos de pesquisa". Assim, "Glaser e Strauss, como seus idealizadores, acreditavam que a Grounded Theory poderia ser usada para gerar teorias substantivas que, ao contrário das grandes teorias formais, explicariam melhor as áreas específicas da pesquisa empírica já que essas teorias nasceriam diretamente de dados do mundo real" (apud BIANCHI, IKEDA, 2008, p. 234; PETRINI, POZZEBON, 2009).

Para tanto se procedeu, primeiramente, à caracterização dos usuários atendidos pelo CAPSi e ao levantamento e descrição das queixas escolares encaminhadas para esse serviço, tal empreendimento se deu pela análise de prontuários dos usuários, abertos no ano de 2015, essa decisão se pautou no entendimento de que "o prontuário de atendimento é o portifólio em que são registradas todas as informações relativas aos atendimentos que o usuário do sistema recebe quando recorre ao sistema" (REIS, 2010, p.133), bem como um instrumento para mediar a comunicação entre a equipe de saúde e uma forma de comunicação dessa equipe com o usuário (MESQUITA, DESLANDES, 2010; SOUTO et al, 2011). Assim, a utilização dos dados secundários de prontuários dos serviços mostra-se necessária para o aprimoramento da pesquisa na área da saúde. Os dados de interesse para este estudo compreenderam trazer à luz as queixas gerais encaminhadas para o serviço e, mais especificamente, as queixas escolares encaminhadas pela escola. Procurou-se, igualmente, detectar as queixas escolares que são advindas de outras fontes de encaminhamento diferentes da escola, bem como informações relativas às faixas etárias, sexo, nível e frequência escolar dos sujeitos.

Em um segundo momento, uma vez caracterizada as queixas escolares e o universo de seus encaminhamentos, intentou-se apreender as representações produzidas pelos profissionais do equipamento de saúde mental que as acolhem e as processam. Desta feita, fez-se igualmente um levantamento das ações utilizadas pelos profissionais de saúde mental do referido serviço como resposta às demandas contidas nas queixas escolares.

O entendimento das representações, além de seu valor intrínseco, permitiu que se compreendessem ainda o sentido e a direcionamento das ações implementadas para o atendimento das demandas em pauta. Partiu-se do princípio de que são as representações acerca de uma determinada problemática ou situação que direcionam ou dão sentido às ações práticas, condicionando-as.

Os estudos acerca das representações sociais adquiriram importância e relevo quando, na década de 60, Serge Moscovici a partir da leitura da teoria durkheimiana, em especial quando esse passa a abordar a questão sociológica das representações coletivas, sugeria aproximações com a psicologia social (KOGIMA, 2004; ALVES-MAZZOTTI, 2004; ARALDI, 2012). De fato, Moscovici propõe investigar a mobilidade que ocorre nas relações no âmago de uma sociedade e que essas se baseiam nas representações apreendidas socialmente e construídas individualmente. O homem, segundo Moscovici, não é visto como um ser, unicamente, passível de receber influências, mas sim como um sujeito participante e influente das/nas diversas interações sociais (KOGIMA, 2004).

Essa nova vertente de investigação, mostrando-se fecunda em diversas áreas do conhecimento, alcançou, nas décadas seguintes, grande relevância nos processos em que se desejava apreender a maneira como diversos atores sociais constroem um saber comum que lhes orienta em suas práticas sociais e profissionais.

Assim, ALVES-MAZZOTTI (2004) comenta que:

> Mas é, sobretudo na década de 80 que o estudo das representações sociais atinge um novo patamar: a par de um volume de pesquisas sempre crescente, a publicação, em língua inglesa de trabalhos realizados na área expande esse conhecimento para além das fronteiras europeias. Desde então o conceito de representação social suscita o interesse de pesquisadores, não somente na Psicologia Social também em outros domínios tais como a Sociologia, Antropologia, Filosofia, História nos quais o conceito é retomado em abordagens teóricas e empíricas, experimentais e não experimentais. O interesse desses pesquisadores na investigação das representações sociais deve-se ao fato desta teoria ter apresentado um modelo capaz de dar conta tanto de mecanismos sociais quanto de mecanismos psicológicos que atuam na produção das representações. (p. 76)

Diante do que foi exposto reafirmamos que os estudos sobre representações, em nosso meio, têm uma sedimentada tradição, oriunda e matizada, principalmente, pelas teorias das representações sociais propostas por MOSCOVICI (2005). O que podemos depreender por representação são as percepções, ideias e compreensões comuns que se tem de um determinado fenômeno e que são partilhadas por um determinado grupo de acordo com certos procedimentos dentre os quais a ancoragem (imagem concreta do objeto) e a objetivação (enraizamento social da representação, à integração cognitiva do objeto

representado no sistema de pensamento pré-existente e às transformações ocorridas frente a ele).

O entendimento das representações, além de seu valor intrínseco, permitiu que se compreendessem ainda o sentido e a direcionamento das ações implementadas para o atendimento das demandas em pauta. Partiu-se do princípio de que são as representações acerca de uma determinada problemática ou situação que direcionam ou dão sentido às ações práticas, condicionando-as. Desta forma, o estudo das representações é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos e advém da apropriação de conhecimentos oriundos da experiência cotidiana bem como de reapropriações de significados historicamente consolidados (MOSTAZO, KIRSCHBAUN, 2003, NASCIMENTO, 2012).

No âmbito deste trabalho, muito embora se tenha como referência o conceito de representação derivado da teoria de Moscovici, não se segue metodologicamente os parâmetros por ela propostos. Isso se dá em decorrência do fato de que se pretende estudar um grupo restrito de profissionais, o que não seria aceitável em um estudo clássico de representação social que exigiria, dentre outros requerimentos, um grande espectro de sujeitos. A despeito dessa restrição, entende-se que toda a ação e comunicação humanas decorrem e são condicionadas por uma ideia ou representação intelectual, seja ela derivada de uma compreensão científica, religiosa ou de senso comum, de um dado fenômeno, no caso do presente estudo - queixas escolares.

Assim o estudo que hora se apresenta baseia-se na apreensão de representações de profissionais, isto é que, diante as queixas escolares, as representações elaboradas pelos profissionais possam ser percebidas e interpretadas em acordo com as situações práticas do cotidiano do serviço. Assim considerando que “todo fato é fato de discurso”, intenta-se estabelecer a descrição dos elementos que forjam a compreensão desses profissionais sobre as questões em tela e que direcionariam suas práticas e comunicações.

Para tanto utilizamos a análise de conteúdo proposto por BARDIN (2009). Esta técnica de interpretação permite ao pesquisador trazer à tona, em primeira instância, algo que se mostra aparente, mas que carrega em si diversos tipos de mensagens e intenções. Os conteúdos obtidos nas entrevistas partiram, à priori, de estímulos indutores para cada seção o que permitiu que o entrevistado se posicionasse livremente para discorrer acerca do que lhe foi perguntado.

Para tanto, a análise das características dos usuários e os tipos de queixas escolares que são encaminhados para o serviço nos permitiu levantar as primeiras hipóteses e formulações para a construção dos roteiros de pesquisa e versavam acerca da diversidade dos tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi, a presença de encaminhamentos advindos da escola para o serviço, quais as relações das queixas escolares com a saúde mental, quais queixas escolares são atendidas pelo CAPSi e quais as ações utilizadas para o atendimento destas queixas escolares. Assim, organizamos os roteiros sob o seguinte formato, a saber:

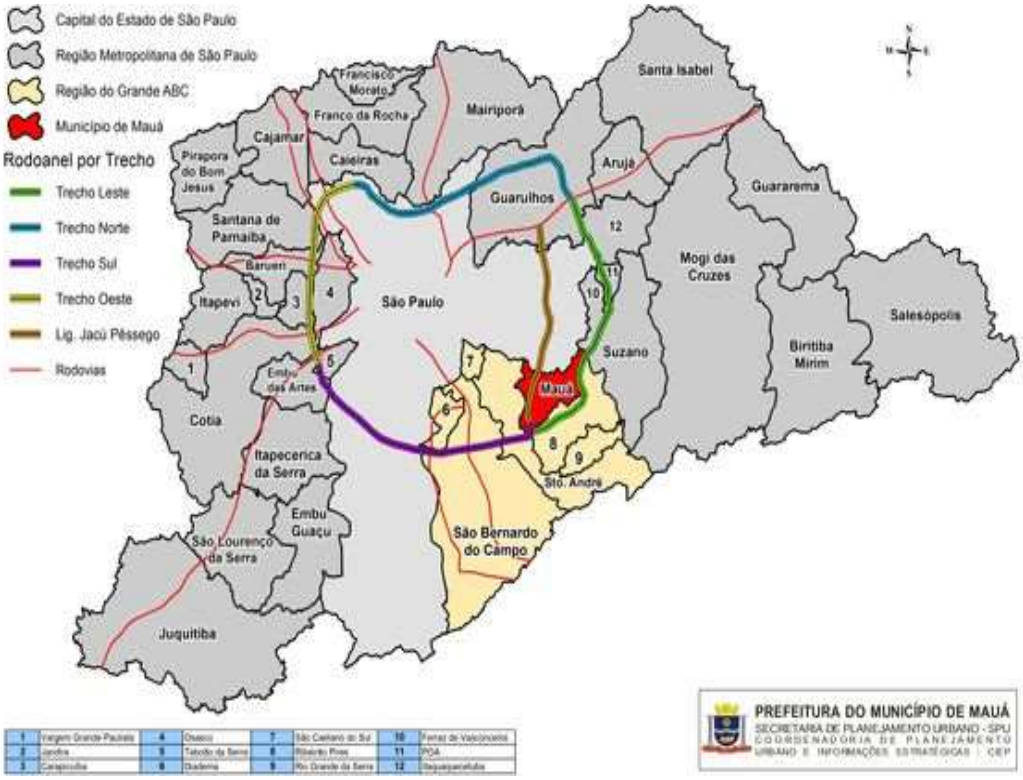
- *o que é uma queixa para a saúde mental;*
- *tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi (dentre as quais as queixas escolares);*
- *relações das queixas escolares com a saúde mental;*
- *tipos de queixas escolares que chegam ao serviço;*
- *compreensão sobre o atendimento das queixas escolares pelo CAPSi.*

Bem como:

- *descrição das ações utilizadas pelo CAPSi para atenderem as queixas escolares;*
- *quais são as relações do CAPSi com a escola e com os outros serviços para atenderem as queixas escolares.*

5.2. Local da pesquisa

O estudo foi realizado em um serviço da Secretaria de Saúde do Município de Mauá localizado na região sudeste da Região Metropolitana de São Paulo delimitada como o grande ABC. Mauá tem 425.169 habitantes e 61.886 km² de extensão territorial.



Fonte: www.maua.sp.gov.br

O serviço em foco foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi Florescer. Esse serviço está ativo desde 2005. Seu funcionamento é das 7h até às 19h, de 2ª a 6ª feira. O critério de escolha dessa unidade CAPSi consistiu pelo reconhecimento, anterior, da possibilidade da pesquisa ser realizada neste serviço e ainda ser habilitada pelo Cadastro Nacional de Saúde.

A rede de Serviços de Saúde do município de Mauá apresenta seguinte composição:

Quadro 1 - Núcleo de gestão em atenção básica à saúde no município de Mauá 2015:

• Unidades Básicas de Saúde (UBS)
• Saúde Bucal
• Saúde Mental
• Academias da Saúde
• Programa Mauá de Bem com a Vida

Quadro 2 - Núcleo de gestão em atenção especializada no município de Mauá 2015:

• Centro de Especialidades Médicas de Mauá - CEMMA
• Centro Integrado da Pessoa com Deficiência - CER IV
• **Centros de Apoio Psicossocial (CAPS Infantil, CAPS Adulto 24h, CAPS Álcool e Outras Drogas 24h)**
• Residência Terapêutica Adulto
• República Terapêutica Infantojuvenil
• Consultório de Rua
• Centro de Referência da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.
• Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
• Laboratório Regional de Próteses Dentárias
• Centro de Referência em Saúde - DST/aids, Hepatites Virais e Sífilis
• Assistência Farmacêutica e Farmácias Populares.

Fonte: www.maua.sp.gov.br

5.3. Procedimentos metodológicos e Instrumentos para coleta de dados

5.3.1. Identificação dos sujeitos

Uma vez expostos seus objetivos e procedimentos e sanadas algumas dúvidas foi feito um convite à participação. Todos os profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão, ou seja, formação em nível superior de ensino e estarem trabalhando neste serviço desde o início do ano de 2015, foram convidados para participar com sujeitos de pesquisa. Foi sugerido que os interessados se manifestassem pelo preenchimento de uma planilha informando a data e o horário em que tinham disponibilidade para a aplicação do instrumento de pesquisa. Nove foram os profissionais que demostraram disponibilidade para participar como sujeitos da pesquisa. Todos tomaram ciência dos procedimentos que seriam utilizados, tanto para a entrevista como para a transcrição dos relatos e divulgação dos dados obtidos e, assim concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 01).

5.3.2. Procedimentos e instrumentos

Descrevem-se, a seguir, os procedimentos metodológicos e os instrumentos utilizados para caracterização dos sujeitos e das queixas escolares que lhe são afetadas. Para apreender as representações que os profissionais do setor saúde pertencentes ao CAPSi têm dessas queixas assim como para descrever as ações por eles desenvolvidas para atendimento das demandas e que, de acordo com a hipótese presente, são condicionadas em maior ou menor grau pelas representações em questão, foram elaborados roteiros de entrevistas semidirigidas (Anexo 02).

Desse modo, e em primeiro lugar, para a caracterização dos usuários atendidos pelo CAPSi e das queixas escolares acolhidos no serviço foram considerados os 99 prontuários que compunham o universo de encaminhamentos e abertos no ano de 2015. As informações de interesse dos prontuários estavam devidamente exaradas em planilhas digitalizadas do programa Excel da Microsoft. A seguir, foi igualmente elaborado um protocolo de pesquisa (anexo 3) destinado colher informações desses 99 prontuários a partir das planilhas digitais cujos itens eram constituídos dos seguintes indicadores:

- Sexo;
- Faixa etária;
- Escolaridade;
- Frequência escolar;
- Fonte de encaminhamento para o serviço;
- Queixa escolar.

No segundo momento, para apreender as representações que os profissionais do CAPSi têm sobre as queixas escolares atendidas pelo serviço e descrever as ações destinadas aos atendimentos efetivos das demandas foram realizadas 09 entrevistas individuais, semidirigidas, gravadas em áudio digital, em um único momento com profissionais técnicos do CAPSi que trabalhavam no ano de 2015 e que concordaram em participar do estudo.

O conjunto desses profissionais se caracteriza da seguinte maneira:

Quadro 3 – Identificação dos sujeitos de pesquisa. CAPSi Mauá, 2015.

Ocupação	Identificação das falas dos sujeitos	f	Tempo de trabalho no serviço
Assistente Social	Voz 3e Voz 8	02	06 anos; 04 anos
Enfermeira	Voz 4 e Voz 5	02	04 anos; 07 anos
Fonoaudióloga	Voz 1	01	09 anos
Terapeuta Ocupacional	Voz 2	01	09 anos
Farmacêutica	Voz 6	01	02 anos e 06 meses
Médica	Voz 7	01	06 anos
Psicóloga	Voz 9	01	04 anos

As entrevistas realizadas em um único momento para cada participante consistiram em dois roteiros distintos (anexo 02) destinados a apreender, respectivamente, a:

- Compreensão que os profissionais do CAPSi têm acerca das queixas escolares atendidas pelo serviço;

Bem como as:

- Ações utilizadas pelo CAPSi para o atendimento destas queixas escolares.

A elaboração dos roteiros de entrevista foi feita a partir do conhecimento prévio exarado na literatura especializada acerca das questões de interesse da investigação bem como das informações extraídas da análise preliminar dos dados oriundos da caracterização da população e das planilhas de prontuários. Para melhor aferimento de sua sensibilidade e coerência procedeu-se a um pré-teste com 05 profissionais técnicos homólogos aos do CAPSi estudado. A partir de seus resultados fez-se um ajustamento do instrumento.

As entrevistas foram transcritas de modo literal e as respostas obtidas formaram seções que se apresentaram em quadros temático-centrais e, a partir daí, discutidas com bases em estudos pertinentes às queixas escolares e diretrizes que orientam as ações no campo da saúde mental infantojuvenil, teorias sobre as representações sociais. O tempo médio gasto em cada entrevista foi de 18 minutos.

5.4. Procedimentos para apresentação e análise dos resultados

Os dados destinados à *caracterização dos usuários do CAPSi e das queixas escolares encaminhadas para o serviço,* obtidos a partir das planilhas dos prontuários foram organizados e apresentados em tabelas tal como se segue:

- Características dos usuários por idade, sexo e escolaridade;

- Fontes de encaminhamentos para o CAPSi;

- Tipos de encaminhamentos efetuados pela escola;

- Tipos de encaminhamentos de cunho escolar efetuados por outros serviços.

Uma vez assim organizados, eles foram analisados permitindo sustentar considerações pertinentes às queixas escolares e às diretrizes que orientam as ações no campo da saúde mental infantojuvenil apresentados no capítulo 3.

Para obtenção dos dados destinados à análise e discussão das *representações que os profissionais do serviço têm acerca das queixas escolares atendidas pelo CAPSi* foi elaborado 01roteiro de entrevistas semiabertas com os profissionais do serviço.

As falas abrangeram diversos tópicos, a saber, que representação esses profissionais têm construído a respeito dos tópicos de interesse para o estudo tal como indicados a seguir:

- do que é uma queixa para a saúde mental;

- dos diversos tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi;

- das queixas escolares referentes à saúde mental infantojuvenil, de modo geral;

- das queixas escolares encaminhadas especificamente para o CAPSi;

- dos atendimentos das queixas escolares pelo CAPSi;

Para cada um desses tópicos procedeu-se à transcrição literal das falas que lhes afetavam, respectivamente; em seguida as falas foram decompostas em unidades de significação e analisadas de acordo com o exposto por BARDIN (2009) para a análise semântica de conteúdo.

As falas e suas unidades de significação foram organizadas em quadros descritivos acerca da temática-central contida nas falas dos profissionais em cada seção e, posteriormente discutidas.

O mesmo procedimento foi adotado para a apresentação e análise acerca das *ações utilizadas pelo serviço para atenderem as queixas escolares.*

Nesse caso, os tópicos sob os quais foram organizadas as falas, se remeteram basicamente a dois. A saber, representações dos profissionais a respeito das ações desenvolvidas:

- no âmbito do CAPSi para atenderem as queixas escolares e,
- pelo CAPSi junto às escolas e a outros serviços para atenderem às queixas escolares.

5.5 Considerações éticas

O presente projeto foi aprovado pela Secretaria de Saúde do Município de Mauá e pelo Comité de Ética na Faculdade de Saúde Pública da USP (CAAE 30848414.5.0000.5421), e recebida a anuência por parte dos responsáveis pela direção do CAPSi foi apresentado, em reunião semanal, a toda equipe do equipamento. Os procedimentos que foram adotados para a realização desta pesquisa seguem aos critérios propostos pela Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho de Saúde. Outrossim, as questões de sigilo, confiabilidade e caráter da participação voluntária foram preservadas aos participantes quando da leitura, entendimento e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. Caracterização dos usuários atendidos pelo CAPSi

Os dados referentes às faixas etárias, ao sexo, à escolaridade, à frequência dos usuários na escola, fontes de encaminhamentos para o CAPSi, aos encaminhamentos advindos da escola, aos encaminhamentos de outros serviços por questões escolares serão apresentados nas tabelas abaixo descritas. Esses dados, assim dispostos, permitem uma apreensão imediata do panorama característicos dos usuários e dos encaminhamentos das queixas escolares para o CAPSi no ano de 2015.

Esses dados, assim dispostos, (Tabela 01) foram em seguidas analisados tendo em conta os objetivos da presente investigação.

6.1.1. Perfil dos usuários por idade, sexo e escolaridade atendidos pelo CAPSi

As variáveis pessoais idade, sexo, e escolaridade são importantes para a construção do perfil dos usuários do CAPSi.

A relação existente entre faixa etária, sexo de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi estudado mostra-se coincidente com os dados apresentados em outros estudos (BELTRAME, BOARINI, 2009; DELFINI; REIS, 2010; RODRIGUES et al., 2012; ANDRADE, CASTANHO, 2014; PAULA, 2015). Vale dizer, que a despeito do pequeno número de sujeitos que compõem a presente investigação, observa-se, entretanto, concordância entre seus achados e os de outros estudos, no que tange a proporção existente entre meninos e meninas usuários dos CAPSi.

Tabela 1 – Número de usuários (N), segundo idade, sexo e escolaridade (ano letivo e nível escolar) atendidos pelo CAPSi de Mauá no ano de 2015.

USUÁRIOS			ESCOLARIDADE		Total
Idade	**N**	**Sexo**	**Ano Letivo**	**Frequenta a escola**	
2	2	F	NC	NÃO	2
3	4	M	NC	NÃO	8
	1	M	Maternal	NC	
	1	M	Creche	NC	
	2	M	NC	SIM	
4	1	M	NC	NÃO	5
	4	M	NC	SIM	
5	1	M	NC	NÃO	7
	4	M	NC	SIM	
	1	M	EMEI	SIM	
	1	F	NC	NÃO	
6	4	F	1	SIM	7
	2	M	1	SIM	
	1	M	NC	SIM	
7	1	F	2	SIM	3
	1	M	1	SIM	
	1	M	2	SIM	
8	1	M	2	SIM	4
	1	F	2	SIM	
	2	F	3	SIM	
9	3	M	3	SIM	6
	1	M	4	SIM	
	1	F	4	SIM	

	1	F	4	NÃO	
10	2	F	5	SIM	5
	1	M	5	SIM	
	1	M	NC	NÃO	
	1	M	3	SIM	
11	1	M	NC	NÃO	4
	1	M	6	SIM	
	2	M	5	SIM	
12	2	M	NC	SIM	8
	1	M	6	SIM	
	5	F	7	SIM	
13	3	M	8	SIM	7
	1	M	4	NÃO	
	1	F	7	SIM	
	1	M	6	SIM	
	1	F	8	SIM	
14	1	M	7	SIM	11
	5	F	8	SIM	
	1	F	1	SIM	
	1	F	6	SIM	
	1	M	8	NÃO	
	1	M	9	SIM	
	1	M	5	SIM	
15	4	F	1	SIM	12
	1	F	5	NÃO	
	2	F	1	NÃO	
	1	M	NC	SIM	
	1	F	2	SIM	
	1	F	NC	NÃO	
	1	M	6	SIM	
	1	M	8	NÃO	
16	1	M	NC	NÃO	6
	1	M	NC	SIM	
	3	F	2	SIM	
	1	F	1	SIM	
17	2	M	9	NC	4
	1	M	NC	NÃO	
	1	F	8	NÃO	
TOTAL	**99**	--	--	--	**99**

Pela tabela acima (1) observamos o número de usuários meninas (43) e usuários meninos (56) o que indica a superioridade na casa de 13 sujeitos masculinos.

Assim, conforme demostrado pela tabela (2) abaixo, intentamos aprofundar os dados relacionados entre a idade e sexo dos usuários, portanto temos:

Tabela 2 – Distribuição do número de usuários (N) e porcentagem (%) segundo idade e sexo atendidos pelo CAPSi de Mauá no ano de 2015.

	Idade (anos)	Feminino	%	Masculino	%	Total N
	2	2	2,02	-	-	**2**
	3	-	-	8	8,08	**8**
	4	-	-	5	5,05	**5**
	5	1	1,01	6	6,06	**7**
	6	4	4,04	3	3,03	**7**
	7	1	1,01	2	2,02	**3**
	8	3	3,03	1	1,01	**4**
	9	2	2,02	4	4,04	**6**
	10	2	2,02	3	3,03	**5**
	11	-	-	4	4,04	**4**
	12	5	5,05	3	3,03	**8**
	13	2	2,02	5	5,05	**7**
	14	7	7,07	4	4,04	**11**
	15	9	9,09	3	3,03	**12**
	16	4	4,04	2	2,02	**6**
	17	1	1,01	3	3,03	**4**
Total	-	**43**	**43,43**	**56**	**56,56**	**99**

Em acordo com os dados indicados acima observamos que do total de 99 usuários investigados deste CAPSi, 56 são do sexo masculino e 43 do sexo feminino.

Tal como se pode depreender inicialmente, as idades dos usuários atendidos pelo CAPSi variam desde os 02 anos até os 17 anos de idade. Tanto nesse trabalho quanto em outros estudos (REIS et al. 2012; TEIXEIRA, JUCÁ, 2014), o número absoluto de usuários do sexo masculino se mostra ligeiramente superior ao das usuárias meninas.

A maior frequência de usuários do sexo masculino observada no período que se estende dos primeiros anos até o início da adolescência, neste caso de 03 até os 13 anos, encontra em diversos trabalhos consultados explicações bastante interessantes. Dentre elas, ressaltam-se as que enfatizam a etapa da vida em que os meninos apresentam características tais como os movimentos corporais desafiadores e agitação comportamental, tidas como inatas ou, então, inerentes ao sexo masculino. Tais características próprias de uma determinada fase do desenvolvimento do menino, ao se exacerbarem, passam a ser registradas como transtornos de comportamento. Haveria assim uma tendência à patologização de características próprias dos meninos o que os conduziriam com maior facilidade às portas dos serviços de saúde mental. Contudo, tais explicações podem se tornar menos simplistas quando conduzidas sob a ótica dos estudos de gênero. Assim, se aventa a hipótese de que a diferença na proporção entre meninos e meninas no que se refere aos encaminhamentos, atendimentos e/ou demandas por serviços de saúde mental infanto-juvenil, longe de se explicar por características inerentes ao sexo, refletem antes de tudo questão de gênero e o modo como estas condicionam tanto a percepção do sofrimento quanto à procura por cuidados psíquicos.

De fato, a superioridade do número de meninos se mantem praticamente análoga ao longo das diferentes faixas etárias entre os 03 e 13 anos. Porém, quando se tem em conta as diversas faixas de idades, vê-se que essa relação masculino/feminino se inverte nas faixas de 14, 15 e 16 anos. A despeito do fato de se tratar aqui de um único equipamento de saúde com número relativamente reduzido de sujeitos (N), esse dado é confirmado por outros estudos, em especial com aquele de REIS (2010) que, em pesquisa abrangendo o conjunto dos CAPSi do Estado de São Paulo, mostra a ocorrência desta mesma tendência de inversão da prevalência de meninos (ou de razão de masculinidade) quando se tem em conta o período da adolescência. Nesse período, tal como se pode observar (tabela 2), para as idades 14, 15 e 16 anos há maior presença de usuários de sexo feminino. De acordo, com a análise de REIS et al (2012), o que estaria subjacente à maior presença de usuários

masculino e a inversão desta relação no momento da adolescência seria a invisibilidade do sofrimento psíquico feminino. Estados de introspecção, de humor depressivo manifestando-se em choros e retraimentos seriam percebidos pelo entorno da criança de sexo feminino como características próprias do feminino; não sendo verdade, de acordo com os preconceitos machistas, para os meninos. Nesse caso, o retraimento e a maior sensibilidade face às adversidades da vida seriam signos de que algo está fora daquilo que é esperado para esses sujeitos. Decorre daí uma maior atenção às dificuldades existenciais dos meninos enquanto que os sofrimentos psíquicos das meninas são naturalizados e compreendidos como algo próprio das mulheres ou natural a elas. Contudo, ao se adentrar na adolescência o sofrimento psíquico das meninas se torna mais problemático e manifesto e se impõem à percepção dos familiares, do meio ambiente e das instituições por elas frequentadas. Por outro lado, os meninos, na adolescência, tendem a se afastar de cuidados.

6.1.2. **Perfil dos usuários do CAPSi por idade, sexo e frequência na escola atendidos pelo CAPSi**

Tabela 3 – Distribuição do número de usuários do CAPSi por idade e sexo que frequentam a escola. Mauá, 2015.

	Idade	Feminino	%	Masculino	%	Total
	2	--	--	--	--	--
	3	--	--	2	2,02	2
	4	--	--	4	4,04	4
	5	--	--	5	5,05	5
	6	4	4,04	3	3,03	7
	7	1	1,01	2	2,02	3
	8	3	3,03	1	1,01	4
	9	1	1,01	4	4,04	5
	10	2	2,02	2	2,02	4
	11	--	--	3	3,03	3
	12	5	5,05	3	3,03	8
	13	2	2,02	4	4,04	6
	14	7	7,07	3	3,03	10
	15	5	5,05	2	2,02	7
	16	4	4,04	1	1,01	5
	17	--	--	--	--	--
Total	--	**34**	**34,34**	**39**	**39,39**	**73**

Para compor o perfil dos usuários do CAPS no que tange a variável idade, sexo e frequência na escola, vale lembrar que, em tese, a Educação Básica (EB) compreende a Educação Infantil (EI) voltada às crianças com até cinco anos, o Ensino Fundamental(EF) que se dirige a alunos de seis a dez anos (EF I) e de onze até catorze anos (EF II) e o Ensino Médio para alunos acima de quinze de idade (EM).

No âmbito deste estudo, do total de 99 sujeitos investigados encontramos que 73 sujeitos indicam que frequentam a escola no ano de 2015 e que, quando observados em números relacionados aos sexos encontramos certa similaridade entre o sexo feminino (34) e masculino (39). Observamos que existe a maior incidência da presença de meninos na Educação Infantil, similaridade no Ensino Fundamental I e II, e maior incidência de meninas no Ensino Médio. Observamos que a Lei de Diretrizes e Bases de Educação (BRASIL, 1996) indica que crianças e adolescentes devem receber formação e instrução comuns impondo, por meio da emenda constitucional de 2009, a obrigatoriedade da matrícula da criança na escola ao completar quatro anos de idade isso pode concorrer para que, aproximadamente, 73% dos usuários do CAPSi indiquem a frequência escolar. Da mesma maneira encontramos que quase ¼ dos usuários do CAPSi não frequentam a escola, assim buscamos conhecer os motivos que incidem na não presença do usuário na escola.

Tabela 4 – Motivos e número de usuários do CAPSi, por sexo e idade, de não frequentarem a escola. Mauá, 2015.

Motivo para o usuário não frequentar a escola	Feminino	Masculino	Idade	Nível escolar	Total
Idade precoce		1	4 anos	Não matriculado na escola	1
Aguardando vaga		1	3 anos	Não matriculado na escola	1
Expulsão		2	13 anos 15 anos	4º ano 8º ano	2
Excesso de faltas		1	14 anos	8º ano	1
Falta de interesse	1	--	15anos	5ºano	1
Afastamento médico	1	--	15 anos	1º EM	1
Depressão pós-parto	1		15 anos	Não informado	1
Não frequenta a escola	2	--	2anos 5 anos	Não informado	2
Não frequenta a escola		2	3 anos 11 anos	Não informado	2
Sem informação	6	8	--	--	14
Total	**11**	**15**			26

Do ponto de vista do acesso à escola e da sua vida escolar, crianças e adolescentes contam com as diretrizes do *Plano Nacional de Educação* - PNE (Lei 13005/2014) que busca articular o esforço nacional, em regime de colaboração, visando universalizar a oferta da etapa obrigatória (de 04 a 17 anos), com o intuito de elevar o nível de escolaridade da população, elevar a taxa de alfabetização, melhorar a qualidade da educação básica e superior, ampliar o acesso ao ensino técnico e superior, valorizar os profissionais da educação, reduzir as desigualdades sociais, democratizar a gestão e

ampliar os investimentos em educação, o que, entre outras coisas, preconiza que crianças e adolescentes devam ter asseguradas sua presença na escola e que sua ausência ou desistência deve gerar um comunicado para os órgãos competentes de proteção à criança e adolescente sobre estas situações (BRASIL, 2014).

Temos a indicação dos seguintes motivos para a não frequência escolar:

- Idade precoce (menino de 4 anos que não está matriculado na escola);

- Aguardando vaga (menino de 3 anos não matriculado);

- Expulsão (2 meninos de 13 anos e 15 anos, o primeiro cursa o 4º ano/Fundamental I e o segundo o 8º ano/Fundamental II);

- Excesso de faltas (1 menino de 14 anos no 8º ano);

- Falta de interesse (1 menina de 15 anos no 5º ano/Ensino Médio);

- Afastamento médico (1 menina de 15 anos no 1º ano/Ensino Médio);

- Depressão pós-parto (1 menina de 15 anos que não informa o seu nível escolar);

- "Não frequenta a escola" (2 meninas de 2 e 5 anos; 2 meninos de 3 e 11 anos);

Podemos observar que 2 motivos relacionam-se à saúde dos sujeitos (afastamento médico e depressão pós-parto), 5 motivos estão relacionados com questões de cunho escolar (aguardando vaga, idade precoce, excesso de faltas, falta de interesse e 2 por motivos de expulsão), além das 4 indicações que apontam apenas que o usuário não frequenta a escola. Entendemos que é possível comentar, apenas com base nos motivos coletados, que tanto as expulsões, a falta de interesse, o afastamento médico e a depressão pós-parto, podem indicar situações de sofrimento psíquico e por isso sejam atendidas pelo CAPSi e, ainda, vale ressaltar, como já foi dito, que estas informações foram extraídas em um único momento, de dados secundários e por assim dizer, não podemos considerar que isso, também, seja preditivo de processos ou ações de inclusão por parte da escola nem de ações intersetoriais dos serviços sobre a frequência dos usuários na escola (REIS et al., 2012).

Assim, prosseguimos no sentido de caracterizar o perfil dos usuários do CAPSi sobre a escolaridade e sexo. Para tanto procedeu-se a organização por níveis formais de escolaridade (BRASIL, 1996). Pois essa forma de organização permitiria, de modo geral,

dar conta, para efeito de comparabilidade, da relação de adequação de idade e nível escolar indicado pelos usuários.

Tabela 5 – Distribuição do número de usuário do CAPSi que indicam o nível escolar, idade e sexo. Mauá 2015.

	Idade	Feminino	%	Masculino	%	Total
Educação Infantil		**--**	**--**	**3**	**3,03**	**3**
02 ---|05 anos	3	--	--	1	1,01	1
	3	--	--	1	1,01	1
	5	--	--	1	1,01	1
Ensino Fundamental I		**14**	**14,14**	**15**	**15,15**	**29**
06 ---|10 anos	6	4	4,04	2	3,03	6
	7	1	1,01	2	2,02	3
	8	3	3,03	1	1,01	4
	9	2	2,02	4	4,04	6
	10	2	2,02	2	3,03	4
	11 (5º ano)	--	--	2	2,02	2
	13 (4º ano)	--	--	1	1,01	1
	14 (1º ano)	1	1,01	--	--	1
	14 (5º ano)	--	--	1	1,01	1
	15 (5º ano)	1	1,01	--	--	1
Ensino Fundamental II		**14**	**14,14**	**16**	**16,16**	**30**
11 ---|14 anos	11	--	--	3	3,03	3
	12	5	5,05	1	1,01	6
	13	2	2,02	5	5,05	7
	14	6	6,06	3	3,03	9
	15 (6º ano)	--	--	1	1,01	1
	15 (8º ano)	--	--	1	1,01	1
	17 (8º ano)	1	1,01	--	--	1
	17 (9º ano)	--	--	2	2,02	2
Ensino Médio		**11**	**11,11**	**--**	**--**	**11**
15---] 17 anos	15	7	7,07	--	--	7
	16	4	4,04	--	--	4
Total		**39**	**39,39**	**34**	**34,34**	**73**

Pelos dados referentes aos níveis escolares dos usuários temos que, dos 99 usuários, 73 indicam o seu nível escolar, 39 meninas e 34 meninos. 30 sujeitos indicam frequentar o Ensino Fundamental II, sendo 14 do sexo feminino e 16 do sexo masculino; 29 sujeitos indicam frequentar o nível de Ensino Fundamental I, sendo 14 do sexo feminino e 15 do sexo masculino; 11 sujeitos indicam frequentar o Ensino Médio, sendo os 11 femininos e, finalmente, 3 sujeitos do sexo masculino indicam frequentar a Educação Infantil.

Quando analisados, sob o ponto de vista das relações entre as faixas etárias e sexo dos usuários, observamos o maior número de meninas (11) que beiram as faixas etárias próprias do Ensino Médio (15 anos e 16 anos). O maior número de meninos aparece no Ensino Fundamental II (16 usuários; 14 meninas), no Ensino Fundamental I (15 meninos; 14 meninas) e Educação Infantil (3 meninos). Vale ressaltar que, a despeito da correlação existente entre a idade dos alunos e os níveis de escolaridade (ano letivo), as diretrizes que norteiam o acesso e ingresso à Educação Básica contempla a elaboração de estratégias para a adequação de possíveis defasagens tanto das faixas etária e níveis escolares. (BRASIL, 1996)

Acerca do que foi descrito acima e na seção 6.1.2 quando comparados os dados relativos ao número de usuários que indicam pertencer a um nível escolar (73) e o número de usuários que frequentam a escola (73) encontramos similaridade entre estes números por coincidência e não pela relação direta entre eles. Observamos ainda que estas informações são prestadas na entrevista inicial pelos sujeitos e/ou pais e responsáveis legais e que elas não podem ser entendidas como preditivos de que estes sujeitos mantenham a evolução da sua escolaridade ou da frequência na escola.

6.1.3. Fontes de encaminhamentos para o CAPSi

No âmbito deste estudo, do total dos 99 encaminhamentos para o CAPSi em 2015, apresentamos agora os dados referentes as fontes de encaminhamentos de usuários para o serviço:

Tabela 6 – Locais de encaminhamentos de crianças e adolescentes para o CAPSi de Mauá no ano de 2015.

Fontes de encaminhamentos	Total	
	N	%
Unidade Básica de Saúde/UBS; Unidade de Saúde da Família/USF	27	27,27
Hospital Geral	16	16,16
Busca espontânea	14	14,14
Outros – encaminhamentos por profissionais da rede particular de saúde	13	13,13
Centro de Referência da Saúde da mulher e da criança – CRSMC	10	10,10
Centro Especializado de Reabilitação IV – CER IV	09	9,09
Escola	05	5,05
Fundação CASA – Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente	02	2,02
CAPS	01	1,01
CAPS Álcool e outras Drogas	01	1,01
Unidade de Pronto atendimento/UPA	01	1,01
TOTAL	**99**	**100**

O presente trabalho tem como um dos seus objetivos apreender quais são as queixas escolares atendidas por estes CAPSi. Tal como se pode apreender, as fontes de encaminhamento de crianças e adolescentes ao CAPSi se dividem em quatro grandes tipos, a saber, as que pertencem ao campo geral da saúde, as que se se situam no universo da escola, as que tem seu horizonte na área da justiça e as que, provavelmente, originam-se em decisões particulares e/ou familiares, aqui referidas como busca espontânea.

Do total dos 99 encaminhamentos, 65 advieram do campo geral da saúde enquanto que, em segundo lugar, encontram aqueles que, em número de 14, chegaram ao CAPSi *espontaneamente*, a saber, realizados por iniciativa de pais, responsáveis legais, tutores ou cuidadores da criança e adolescente. A escola aparece em terceiro lugar como fonte de encaminhamento para 05 sujeitos e, finalmente, a área da justiça, Fundação Casa, constitui-se como fonte para 02 encaminhamentos.

Há de se observar que dos 65 encaminhamentos do campo geral da saúde, 13 foram efetivados em meio a diversos profissionais da saúde, tais como psicólogos, fonoaudiólogos, neuropediatras, entre outros, inseridos na rede particular de cuidados e esses encaminhamentos equiparam-se em sua frequência às demandas ou buscas espontâneas por cuidados nos CAPSi (14 usuários).

Descrito isso, pode parecer à primeira vista que a escola aparece como fonte discreta de encaminhamento para o CAPSi; mas tendo em conta que tal equipamento social destina-se ao acolhimento e atendimento de casos graves e/ou persistentes de saúde mental (BRASIL, 2002), pode-se sugerir que a escola é uma fonte importante de encaminhamento ou até mesmo de triagem de problemas graves de saúde mental. Em todo caso, há indicação que, no âmbito do CAPSi, problemas sérios de saúde mental estão presentes nas queixas escolares (REIS, 2010).

Por outro lado, tendo em vista o leque relativamente diversificado de fontes de encaminhamentos consubstancializados nos serviços públicos de saúde, na figura de profissionais que atuam em nível particular, na escola e serviços da assistência, na área judiciária para um único CAPSi pode-se dizer que o CAPSi desempenha uma posição estratégica no acolhimento das questões de saúde mental afetando a população infanto-juvenil, operando, em um nível de *chegada* como um equipamento cuja identidade já se define como intersetorial.

Outro aspecto se refere ao CAPSi é o fato de ser um *serviço de porta aberta* no sentido do acolhimento pela procura espontânea dos usuários em situação de sofrimento psíquico. A chamada busca espontânea ao serviço é realizada por pais, familiares, responsáveis legais motivados por alguma situação observada ou por indicação de outros como professores, coordenadores escolares, vizinhos e pessoas da comunidade e que, por vezes, estão ligadas as deficiências, aos transtornos globais do desenvolvimento, queixas escolares ou sobre os comportamentos dos sujeitos quando considerados inadequados, nesse sentido SILVA (2016) comenta que a busca espontânea propõe ao CAPSi *receber o*

inesperado (p, 142) e, a partir daí o entendimento do motivo por esta procura, a construção de relações e vínculos e a efetivação de ações e parcerias para cuidar de seus usuários.

6.1.4. Tipos de encaminhamentos efetuados pela escola para o CAPSi

Do total dos 99 encaminhamentos para o CAPSi em 2015, apresentamos os dados referentes aos encaminhamentos advindos da escola para o serviço.

Tabela 7 – Distribuição dos usuários (N) encaminhados pela escola ao CAPSi de Mauá segundo idade, sexo e escolaridade. 2015

	Idade	Feminino	Masculino	Escolaridade (Nível escolar)	Frequenta a escola S/N
	4	-	1	Ed. Infantil	Sim
	5	-	1	Ed. Infantil	Sim
	6	1	-	Fund. I	Sim
	14	1		Fund. II	Sim
	14	-	1	Fund. II	Sim
Total	--	**2**	**3**	**5**	**5**

Tal como pode ser observado na tabela acima (7) aparecem 05 encaminhamentos advindos da escola para o CAPSi. Dos cinco encaminhamentos oriundos da escola, encontramos dois usuários de sexo masculino com idade entre 4 e 5 anos frequentando a escola no nível da Educação Infantil. Há igualmente para esses cinco encaminhamentos uma usuária do sexo feminino, de 6 anos de idade, frequentando o Ensino Fundamental I enquanto se observa, igualmente, uma usuária (sexo feminino) de 14 anos e um usuário

(sexo masculino) de mesma idade (14 anos) inscritos e frequentando Ensino Fundamental II.

Em todos esses casos, há adequação entre suas idades e o nível escolar frequentado, tal como pressuposto pelas normas que orientam o acesso à Educação Básica.

O que, além da obviedade de estarem frequentando a escola posto que é por ela que são encaminhados, há de se ressaltar que nenhum deles encontra-se em defasagem em relação ao nível escolar requerido. Podemos aventar a hipótese de acordo com a qual essa adequação não seria fruto de uma medida automática e mecânica de inscrição de um determinado aluno de uma determinada idade em seu nível correspondente, mas ao contrário que se trata de alunos que, bem ou mal, conseguem acompanhar o ritmo escolar proposto e seguirem os processos de aprendizagem em curso na escola. Nesse caso, os encaminhamentos ao CAPSi não se prenderiam a questões de desempenho escolar.

O estudo dos motivos dos encaminhamentos, tal como se poderá observar a seguir, poderá trazer uma melhor compreensão acerca desses dados. De toda maneira, mesmo se restringido ao pequeno número estudado, podemos nos aventurar a pensar que, diferentemente do que se pensava e certamente ocorria no passado, as relações entre a escola e os equipamentos de saúde mental têm sido transformadas em suas naturezas e motivações (LAURIDSEN-RIBEIRO, TANAKA, 2005, 2010; REIS, 2010). Os serviços de saúde deixando de ser meramente bode-expiatórios ou depositários inadequados e substitutivos das deficiências de aprendizagem que, por questões a ela intrínsecas, a escola não conseguiria assumir.

Ainda que timidamente, tal reflexão acerca dos dados apresentados vai ao encontro, de uma das hipóteses subjacentes da presente investigação, que há algo nos encaminhamentos escolares que se situam na esfera externa das questões de aprendizado.

Assim, como acima referido, estimamos oportuno e fecundo investigar os motivos destes encaminhamentos, assim nos detivemos em colher a queixa inicial que foi relatada aos profissionais do CAPSi.

Quadro 4 – Descrição das queixas iniciais obtidas pelos encaminhamentos advindos da escola para o CAPSi de Mauá no ano de 2015.

Queixa escolar
Usuário 1 - *Não fala, repete o que as pessoas falam, não tem noção de perigo, agitado, quieto, tem dificuldade de se relacionar.*
Usuário 2 - *Agressividade, hiperatividade*
Usuário 3 - *Agitação, agressividade, falta de concentração e impulsividade.*
Usuário 4 - *Dificuldade de aprendizagem, automutilação.*
Usuário 5 - *Sempre foi fechada, não conversa, piorou depois whatsapp, não tem amigo*

Os motivos apresentados nas queixas iniciais foram citados de modo literal, conforme descrito em prontuário, e, seguindo o nosso critério de análise, abarcam as seguintes questões:

- *Problemas de fala, hiperatividade, agitação, agressividade, dificuldade de relacionamento, ausência de noção do perigo, falta de concentração, impulsividade, dificuldade de aprendizagem, automutilação, introspecção.*

Conforme já discutido, os encaminhamentos da escola para o CAPSi aparecem de modo discreto, porém o que podemos perceber é que, ao investigarmos os motivos descritos nas queixas iniciais, geradas no interior do serviço, estas indicam uma série de fatores que não se fixam apenas nas dificuldades e problemas de aprendizagem, mas que também envolvem/incluem questões comportamentais e emocionais.

Isso nos permite observar que as queixas escolares podem ser decorrentes, apenas, das dificuldades de aprendizagem percebidas em meio ao baixo rendimento/desempenho escolar em meio as notas abaixa da média, defasagens na leitura e escrita e pela falta de concentração para realização de atividades curriculares como um todo. Outro aspecto, acerca das queixas escolares pode, propriamente, ter relação com as vivências que foram geradas em outras situações/locais (casa, família, comunidade) e que podem repercutir no cotidiano das crianças e jovens no ambiente escolar. Isto descrito suscitou a nossa intenção de investigar, conforme apresentaremos abaixo, os encaminhamentos dos outros serviços

para o CAPSi e, a partir daí captar as possíveis queixas que tinham relação com as queixas escolares.

6.1.5 Tipos de encaminhamentos de cunho escolar efetuados por outros serviços para o CAPSi.

Seguindo a mesma linha de investigação, adotada para descrever as queixas iniciais dos usuários encaminhados pela escola para o CAPSi, nos debruçamos sobre as queixas iniciais descritas nos 94 prontuários restantes com o intuito de apreender as, eventuais, queixas escolares presentes e encaminhadas por outros serviços para o CAPSi. Diante desta busca obtivemos as seguintes informações, conforme o quadro abaixo apresentado:

Quadro 5 – Distribuição do número de queixas de cunho escolar contidas pelos encaminhamentos efetuados por outros serviços e pela busca espontânea ao CAPSi de Mauá no ano de 2015.

	Locais de encaminhamentos	**Idade**	**Frequência de encaminhamento de cunho escolar**		
			Feminino	**Masculino**	**Total**
	Unidade Básica de Saúde/ Unidade de Saúde da Família	6		1	7
		10	1	1	
		11		1	
		12	1	1	
		13		1	
	Busca espontânea	10	1		4
		12	1	1	
		14		1	
	Encaminhamentos por outros profissionais da saúde	6	1		3
		8		1	
		9		1	
	Centro de Referência da Saúde da mulher e da criança	13	1		1
	Hospital geral	14	1		1
	CAPS	15	1		1
	CAPS álcool e outras drogas	11		1	1
Total			**8**	**10**	**18 Encaminhamentos**

Vale ressaltar que as queixas escolares se fundam em torno de uma variedade de situações que envolvem a aprendizagem e as relações cotidianas deste sujeito escolar que, em primeira análise, estão ligados ao baixo rendimento escolar e a indisciplina em sala de aula ou no ambiente escolar e que podem ou não estar associadas a agravos de saúde ou do comprometimento familiar e/ou social do sujeito. Assim, observamos que as queixas escolares são, também, encaminhadas por outros serviços, além da escola. Isso foi observado quando analisamos as queixas iniciais descritas nos 94 prontuários que não continham o encaminhamento advindo da escola. Para tanto buscamos termos, expressões, hipóteses diagnósticas, comportamentos ou qualquer referência que nos pareceu pertencente à vida escolar dos usuários e que serão descritas mais abaixo.

Foram encontrados 18 usuários encaminhados por outros serviços que, seguindo os critérios de inclusão descritos acima, apresentavam queixas de cunho escolar (18% dos encaminhamentos).

Quando nos aprofundamos nos dados encontramos:

- 7 usuários encaminhados pela UBS/USF (2 femininos: 10 e 12 anos de idade; 5 masculinos: (6, 10, 11, 12, 13 anos de idade);

- 3 pela rede/profissionais de saúde particular (1 feminino: 6 anos; 2 masculinos: 8 e 9 anos de idade);

- 1 pelo Centro de referência de saúde da mulher e da criança (1 feminino: 13 anos);

- 1 pelo Hospital Geral (1 feminino: 14 anos);

- 1 CAPS (1 feminino: 15 anos);

- 1 CAPS álcool e outras drogas (1 feminino: 11 anos);

- 4 procuras espontâneas (2 femininos: 10 e 12 anos; 2 masculinos 12 e 14 anos).

Quando aglutinados por setor temos que, do total dos 18 encaminhamentos efetuados por outros locais ao CAPSi, 13 são pertencentes a área da saúde (pública e/ou particular); 4 pela procura espontânea; 1 da área da assistência jurídica juvenil.

De modo especifico, durante a leitura das 94 queixas iniciais dos usuários elencamos os que nos pareceram de cunho escolar, pois se mostram como condições do sujeito que podem interferir no seu desempenho como escolar:

- *Autismo, deficiência intelectual, agitação psicomotora, alucinações, comportamento agitado, agressividade na escola e com familiares, isolamento, indução ao vômito, automutilação, dificuldade de aceitar regras e limites, dificuldade no sono/insônia, indisciplina escolar, nervosismo, dificuldade de relacionamento com a mãe, vítima de violência verbal na escola, distúrbio de fala, dificuldade de aprendizagem, agitação com agressividade, atraso global do desenvolvimento, crise de euforia, dificuldade de ir para a escola/choro, ansiedade, dificuldade de alimentação, depressão, tristeza profunda, discurso suicida, pesadelos, baixo rendimento escolar, quadros convulsivos, dificuldade de concentração, agressividade no lar, agressividade com professores e colegas, atraso no desenvolvimento, medo de amigos na escola.*

Isso, acerca dos motivos descritos acima, nos permite observar que os usuários da rede pública de saúde de Mauá encontram serviços/locais de acolhimento para as suas necessidades em saúde no âmbito da saúde mental infantojuvenil. Os motivos apontados indicam uma série de condições/situações para a efetivação dos encaminhamentos para o CAPSi sob a égide das queixas escolares.

6.1.6. Análise da caracterização dos usuários e das queixas escolares atendidos pelo CAPSi

Diante do que foi exposto, observamos, que além da procura espontânea, em acordo com alguns estudos de crianças e adolescentes atendidos no âmbito da saúde mental infantojuvenil, a existência de uma gama de motivos variados presentes nos seus encaminhamentos para o CAPSi (TAVARES, 2005; LAURIDSEN, 2010; REIS et al., 2012; TEIXEIRA, JUCÁ, 2014).

De acordo com os dados obtidos neste estudo, observamos que os usuários, de modo geral, foram encaminhados para este CAPSi pelos serviços da atenção básica, pelos serviços de reabilitação e especializados, pelas escolas ou pela busca espontânea ao serviço. Observamos que os encaminhamentos dos diversos serviços para o CAPSi encontram fundamentos nas diretrizes das políticas públicas de saúde mental para a população infantojuvenil em meio as ações intersetoriais.

"No caso da política de saúde mental infantil brasileira, o princípio intersetorial se impôs desde o início como a única condição de possibilidade para a construção no país de um sistema de serviços capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento de crianças e jovens" (COUTO e DELGADO, 2010, p. 272). Os mesmos autores comentam que a ação intersetorial requer uma *presença viva* de cada setor para potencializar as parcerias que se mostrem necessárias.

Assim, guardadas as proporções e alcances, nossos dados indicam a diversidade dos tipos e motivos de encaminhamento, além da busca espontânea para este serviço especializado no campo da saúde mental infantojuvenil e que, relembrando SILVA (2016), o CAPSi é o lugar que recebe o inesperado e que será, a partir daí, necessário o devido entendimento acerca destas procuras o que, em grande medida, possibilitará a construção de relações e vínculos, ações e parcerias para o cuidado de seus usuários.

Outro aspecto que parece facilitar o acesso aos serviços pode ser observado sob o ponto de vista das diretrizes que são propostas acerca do atendimento dos usuários aos serviços de saúde por conta das vivências do sofrimento psíquico, quando fundadas pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001; 2002) que dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

De modo específico, dos encaminhamentos das escolas obtivemos como queixas escolares as seguintes condições: *Referências sobre as dificuldades e problemas de*

aprendizagem, comportamentos considerados inadequados no espaço escolar, déficits cognitivos oriundos de questões/transtornos neurológicos ou não observados no espaço escolar, motivos contidos nas buscas espontâneas que se referiam à escola e denotavam algum aspecto escolar.

Para REIS et al. (2012), ao serem descritas as características relativas às pessoas e suas condições de vida, se torna possível compreender sobre os agravos de saúde, através de suas inúmeras formas de manifestações ante as populações. E, apesar das suas limitações no que tange a coleta de dados em prontuário, podem compor um quadro relevante para sua exposição e discussão. Sobre este aspecto podemos refletir que os dados quando apontados na forma de números (encaminhamentos) nos indicam uma situação pontual, ou seja, é a descrição de algo/motivo observado em um determinado momento. Todavia, quando investigamos a descrição da queixa inicial que foi gerada, observamos que ela traz consigo uma série de situações que visam qualificar, dar sentido ou explicar uma situação que foi observada/vivida por alguém e, no caso de uma criança ou adolescente, formulada e descrita por outra pessoa (pais, responsáveis legais, cuidadores, tutores, outros profissionais).

O que ocorre é que as queixas escolares advindas da escola, pela sua diversidade de manifestações e motivos, podem ter sido acolhidas e atendidas por serviços da rede de saúde anteriormente e, com isso, ter evitado os encaminhamentos das queixas escolares de modo direto da escola para o CAPSi (REIS et al., 2012; SINIBALDI, 2013).

No que se refere às relações entre os sexos, temos uma diferença no número de meninos com o de meninas: 56 masculinos para 43 femininos indicando o número de 13 sujeitos masculinos a mais.

Nas relações entre faixas etárias e sexo temos uma maior incidência do atendimento aos usuários do sexo masculino na faixa de idade entre os 03 e os 13 anos e das meninas na faixa etária entre os 14 e os 16 anos. Isso nos permite comentar que os meninos contidos, dentro destas faixas etárias têm como características mais aparentes, os movimentos corporais intensos e desafiadores, observáveis na maioria dos seus espaços de convívio e que os eventuais comportamentos que são percebidos, principalmente no âmbito escolar, como *excessos e/ou agressivos e/ou descontrolados*, por vezes e em primeira análise, incluem estes sujeitos nas categorias dos *problemas de comportamento e/ou da agitação psicomotora* concorrendo, portanto, abarcados em classificações psico-médico-psiquiátricas como transtornos de hiperatividade e opositor desafiador. Fato este que

ocorreu, com maior ênfase e divulgação nos meios educacionais, a partir dos anos finais do século XX (ALVES, DELL'AGLIO, 2015).

Já o maior número de sujeitos do sexo feminino neste CAPSi está contido entre as idades de 14 e 16 anos, parece confirmar o fato de que as meninas chegam mais tarde aos serviços de saúde mental em relação aos meninos (REIS, 2010), bem como ao que MUYLAERT (2016) comenta sobre a invisibilidade do sofrimento psíquico feminino e que isso incide nas formas como são vistas e tratadas. Outro aspecto diz respeito às características consideradas comuns sobre o período da adolescência, propriamente dito, pois se trata de uma etapa da vida que é marcada por uma série de questões ligadas à sexualidade, ausência de diálogos com os pais e com a escola sobre as questões referentes a esta fase da vida, bem como pelas eventuais dificuldades de aceitação, de relacionar-se e incertezas e indefinições sobre o futuro (MACEDO, 2013).

Diante do que foi apresentado acima, observamos a diversidade dos motivos para os encaminhamentos e pela busca espontânea para um serviço especializado no campo da saúde mental infantojuvenil. Isto vai a um acordo com os estudos que investigaram, na população infantojuvenil e os tipos de queixas que chegam aos ambulatórios no campo da saúde mental, clínicas-escolas de psicologia, serviços da atenção básica em saúde, clínicas particulares e CAPSis. E, por conseguinte, que as queixas escolares estão contidas dentre os motivos de encaminhamentos e pela busca espontânea pelos atendimentos no CAPSi (LINHARES et al, 1993; BOARINI, BORGES, 1998; LAURIDSEN, 2005; SCORTEGAGNA; LEVANDOVISKI, 2004; TAVARES, 2005; SOUZA, 2007, BRAGA; MORAIS, 2007; LAURIDSEN; TANAKA, 2010; SANDUVETE; REIS, 2010; ZIBETTI et al, 2010; REIS, 2012; RODRIGUES et al. 2012; LOPES, 2013; MATOS, 2014; DAZZANI, 2014; PAULA, 2015, DELFINI, 2016).

No caso deste estudo, os números apontam que os encaminhamentos das queixas escolares são advindos da escola, dos serviços de saúde e de outros setores para o CAPSi.

Com relação aos encaminhamentos efetuados pela escola observamos um número pequeno de encaminhamentos. Dentre as explicações para isso podemos comentar que as queixas/situações de sofrimento psíquico, em meio às queixas escolares, encontram acolhimento tanto nos serviços da atenção básica de saúde como pelos serviços especializados no âmbito da saúde mental infantojuvenil (DELFINI, 2016). E, tendo como base as explicações descritas acima, retomamos que os encaminhamentos efetuados pela escola (5) aparecem de modo discreto, mas quando somados aos encaminhamentos, pelas

mesmas queixas/motivos, efetivados por outros serviços, encontramos 18 casos e, assim o total de 23 sujeitos (aproximadamente 23%) acolhidos pelo CAPSi em meio as queixas escolares.

De modo específico, o encaminhamento advindo da escola é recebido pelos profissionais do CAPSi onde, a partir daí, será colhida uma queixa inicial. Vale ressaltar que, tratando-se de crianças e adolescentes, esta queixa, é baseada na citação *de algo que é sentido/expresso por um sujeito*, mas que é interpretado e dito pela *fala de outro* – pais, responsável legal, tutores, cuidadores e profissionais da escola.

No que tange aos motivos das queixas escolares observamos que os relatos citados não se referem e/ou se fixam apenas nas dificuldades ou problemas de aprendizagem, mas sim a uma série de influências e fatores que incidem sobre as formas de expressão cotidiana de crianças e adolescentes nos diversos ambientes como na moradia, com familiares, na comunidade, nas relações com a justiça e assistência e que acabam refletindo na aprendizagem e no comportamento destes escolares (FATORI E GRAEFF-MARTINS, 2016).

Assim acima descrito, reafirmamos a existência da diversidade contida nos tipos de encaminhamentos para o CAPSi e que nos permitem observar a existência de um movimento constante entre os serviços, a escola, outros setores e a busca espontânea.

6.2. Representações dos profissionais acerca das queixas escolares atendidas pelo CAPSi

Para se apreender e analisar as representações dos profissionais do CAPSi acerca das queixas escolares, tendo em vista que sua compreensão social implica relações com suas ações e práticas profissionais respectivas, foram elaboradas e realizadas entrevistas (anexo 2) com 09 profissionais do CAPSi escolhidos e retidos em acordo com os critérios já expostos. Os dados obtidos a partir das entrevistas foram analisados conforme as técnicas apresentadas no capítulo versando sobre a metodologia.

A aglutinação lógica das unidades de significação obtidas a partir da análise das respostas dos profissionais aos quesitos (variáveis) presentes no roteiro das entrevistas deu origem, conforme apresentado abaixo, a figura (1) dedutiva da temática representacional dos profissionais a respeito das queixas que partindo de um âmbito geral que deságua num nível específico das representações acerca das queixas escolares atendidas pelo CAPSi.

Figura 1 – Tipologia representacional das queixas que chegam ao CAPSi Mauá. 2016.

Para o primeiro nível, indagou-se sobre os tipos de queixas que chegam ao CAPSi, entendeu-se que a descrição das queixas carreava já em si uma representação das queixas em saúde mental haja vista que são passíveis de serem consideradas como queixas de saúde a serem acolhidas pelo serviço especializado em foco. Consequentemente, entende-se que o acolhimento de uma determinada queixa se dá pela valoração a ela atribuída pelos profissionais do CAPSi. Para o segundo nível, a partir do momento que foi citado que dentre as queixas que chegam ao serviço, especificamente, aparecem as queixas escolares intentamos conhecer como os profissionais do CAPSi as compreendem e as relacionam com o campo da saúde mental. Há, pois pressuposição de que as queixas escolares não estão definidas desde o início como questões de saúde mental. E, finalmente, no terceiro nível visamos conhecer como os profissionais, uma vez tendo atribuído a elas um valor "mental", passível de atendimento no CAPSi, passam a compreender o atendimento das queixas escolares pelo CAPSi.

Aqui iremos apresentar e discorrer os pontos tratados nas entrevistas semidirigidas aplicadas para 09 profissionais do CAPSi que concordaram participar como sujeitos da pesquisa.

Assim temos as seguintes seções:

1**) Representação que os profissionais do CAPSi têm acerca das queixas escolares atendidas pelo serviço:**

- O que é uma queixa para a saúde mental.

- Tipologia das queixas encaminhadas ao CAPSi.

- A relação das queixas escolares com a Saúde Mental.

- Tipologia das queixas escolares encaminhadas para o CAPSi.

- Compreensão sobre o atendimento das queixas escolares pelo CAPSi.

6.2.1. Descrição pelos profissionais do CAPSi do que é uma queixa para a saúde mental

O estudo de representações aqui desenvolvido visa, como objeto, as percepções, ideias e compreensões comuns que se tem de determinados fenômenos enquanto partilhados por um grupo. O conhecimento obtido por meio do estudo das representações advém das experiências cotidianas na sua relação com as reapropriações de significados e significações consolidados historicamente.

Como já apresentado, intentamos apreender as representações dos profissionais acerca das queixas escolares encaminhadas para o CAPS, para tanto, foi elaborado 01 roteiro norteador (Anexo 2) para a aplicação das entrevistas semidirigidas para os profissionais técnicos do serviço

As falas produzidas a partir do estímulo indutor – *"de acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental"* – deram origem a uma produção que quando transcrita, foi decomposta em unidades de significação. Para tanto, retomando o já explicitado, se lançou mão inicialmente de uma leitura flutuante e a seguir de uma releitura acurada do material. Leituras essas realizadas por dois analistas distintos. As unidades de significação extraídas desse processo foram, por sua vez, sintetizadas e organizadas em categorias.

As categorias obtidas, nesta seção, foram *"sofrimento psíquico", "descrição fenomenológica de manifestações psicopatológicas", "normalidade desviante", "disfunção de convivência social", "Categoria Transtornos" englobam as subcategorias: "transtornos de conduta", "transtornos de aprendizagem", "família".*

Quadro 6 – Descrição das categorias acerca do que é uma queixa para a saúde mental. CAPSi Mauá, 2016.

Categorias	Definição das categorias
Sofrimento psíquico (PS)	*- Tipo de vivência/situação desencadeante e principal da busca dos usuários pelo atendimento no campo da saúde mental.*
Descrição Fenomenológica de Manifestações Psicopatológicas (DFMP)	*- Diz respeito à descrição objetiva da condição do sujeito em meio a utilização de diversos termos clínico/técnicos e, posteriormente, são acompanhados pelos sinais/sintomas característicos para cada uma das descrições.*
Normalidade Desviante (ND)	*- Descompassos e/ou discordâncias com relação aos que se espera de um comportamento (faixa etária) e a real condição da criança e adolescente para desempenha-lo.*
Disfunção de Convivência Social (DCS)	*- Categoria próxima com a categoria anterior (ND) no sentido das manifestações psíquicas, porém estas (DCS) encampam consigo aspectos relevantes que pertencem ao seu cotidiano e convivência social.*
Transtornos (T)	*- **Emocional (TE),** vivência/situação que aparecem, de modo genérico, para indicar sinais/sintomas que, a nosso ver, representam uma tentativa de explicar alguma condição psíquica. Em geral, trata-se de descrições genéricas de diferentes sintomas/sinais cujo fator explicativo, provavelmente, ainda incerto:* ***Casos/queixas que tratem de algum transtorno emocional... uma crise... né? Depressiva, de agressividade, de agitação. (Voz 08)***
	*- **Neurológico (TN),** de modo semelhante aos transtornos emocionais, além de indicar os sinais/sintomas observáveis nos usuários utilizam-se de indicadores biológicos para determinar a condição dos sujeitos o que, nesse sentido, fortalece a dimensão explicativa da queixa:* ***As questões neurológicas, por exemplo, existem deficiências intelectuais, por exemplo, que elas têm um cunho neurológico, e ela muito mais fisiológica... existe uma causa, as vezes, pela gestação, as vezes pelo uso de uma substância psicoativa durante a gestação dessa mãe...as vezes o pai também tem uma influência genética aí, histórico familiar às vezes. (Voz 04)***
	*- **Aprendizagem (TA),** observamos que demonstram, prioritariamente, as situações/vivências "do não aprender" que, por si só, se remetem aos conceitos clássicos para indicar as condições do "baixo desempenho das habilidades e competências escolares" seja de modo individual – o fracasso deste escolar ou de modo social – a exclusão deste escolar. Assim, nos torna possível observar que o caráter explicativo deste tema incorpora dimensões que percorrem um continuo que vai do extremo da natureza bio-individual até o outro ponto que é de natureza sócio-familiar:* ***É na... na... no outro polo que é a questão do aprendizado, a gente vê também os TDAHs, vê muito deficiência mental, e questões que são emocionais do funcionamento dinâmico da casa, né? ... Então, isso a gente vê bastante. (Voz 07)***
	Conduta (TC)** carrega consigo aspectos ligados à expressão dos comportamentos dos sujeitos e que, de modo específico, está associado às ações agressivas nas suas diversas formas de expressão. Cada vivência/situação da criança, conforme já discutido, a insere dentro de determinados padrões e que, qualquer desvio do que é esperado, denotara diversas formas de explicação e de repercussão das ações destes sujeitos:* ***...porque a agressividade é uma coisa muito patente nas escolas hoje que a gente percebe que não é... é... essa agressividade ela denota várias coisas, não é uma coisa simplesmente da criança estar agressivo, mas é uma coisa que, assim...é o jeito como a criança se apresenta de mostrar algum tipo de sofrimento, né? E isso chega para nós, assim... a escola mando do tipo, dá um jeito. Dá um jeito e... porque não dá para ficar com uma criança assim... (Voz 07)
	***Familia (F)** No item **Família (F)** carrega consigo as vivências/situações que são influenciadas pelas relações sujeito/sofrimento ante a dinâmica familiar.*

1. A categoria **Sofrimento Psíquico** (SP) reuniu toda produção de fala mencionando os termos sofrimento psíquico, mental; sofrimento psicossocial ou questão emocional.

> *A queixa para a saúde mental geralmente está relacionada a uma questão emocional.* (Voz 04)
>
> *Para a saúde mental, no sentido de CAPSi, são transtornos graves, um sofrimento grave emocional, psíquico que aí eu acho que entra dentro de queixas de saúde mental.* (Voz 06).
>
> *Pra saúde mental... tudo está relacionado ao sofrimento psicossocial, acho que é isso...a criança, no caso do CAPS infantil... a criança e adolescente que tá no sofrimento psicossocial"* (Voz 02)
>
> *Casos-queixas que tratem de algum transtorno emocional... uma crise... né? ...* (Voz 08).
>
> *Eu acho que uma queixa prá saúde mental é qualquer evento que desencadeie dentro de uma pessoa um sofrimento psíquico... um sofrimento mental... tá dentro deste parâmetro.* (Voz 09)

O que caracteriza tal temática Sofrimento mental/psíquico é seu caráter vago e abstrato. Tal como se podem apreender as falas (por exemplo, vozes 08 e 02) – quando se tratam dessa temática, são redundantes, tautológicas e vagas o que sugere uma dificuldade real de compreensão do conceito de sofrimento mental. Incompreendido, mas sugestivo de outra maneira de se abordar o campo no qual se insere o drama psicopatológico, isto é, uma maneira alternativa ao que é proposto pelo modelo médico-hospitalar, o termo sofrimento mental utilizado como *passe-partout* (chave mestra), em que as particularidades e a exatidão do conceito perdem suas características distintivas e seus limites e se transforma num termo geral aparentemente autoexplicativo.

Mesmo assim, não se deixará de observar que mesmo nesse sentido, encontra-se, no interior dessa temática, uma série de variações e de tipologias oriundas da junção de adjetivos ou advérbios. Assim, por exemplo, há menção de sofrimentos psíquicos graves ou moderados.

Quadro 7 – Categoria: Sofrimento psíquico – SP – CAPSi Mauá, 2016

Estímulo Indutor	Tema central	Categoria
"De acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental?"	**Termos utilizados**	Sofrimento Psíquico (SP)
A queixa para a saúde mental geralmente está relacionada a uma questão emocional. (voz 04)	Questão emocional	
Para a saúde mental, no sentido de CAPSi, são transtornos graves, um sofrimento grave emocional, psíquico que aí eu acho que entra dentro de queixas de saúde mental. (voz 06).	Queixas: - transtornos graves; - sofrimento grave emocional; psíquico. (CAPSi)	
Pra saúde mental... tudo está relacionado ao sofrimento psicossocial, acho que é isso...a criança, no caso do CAPS infantil... a criança e adolescente que tá no sofrimento psicossocial" (voz 02)	Sofrimento psicossocial (CAPS infantil: criança e adolescente)	
Casos/queixas que tratem de algum transtorno emocional... uma crise... né? ... (voz 08).	Casos/queixas: Transtorno emocional = crise	
Eu acho que uma queixa prá saúde mental é qualquer evento que desencadeie dentro de uma pessoa um sofrimento psíquico... um sofrimento mental... tá dentro deste parâmetro. (voz 09)	Evento desencadeante: Sofrimento psíquico; um sofrimento mental.	

2. A categoria **Descrição Fenomenológica de Manifestações Psicopatológicas** (DFMP) foi construída a partir da análise das falas referentes a descrições de estado. Diferentemente da categoria anterior sofrimento psíquico que assume um caráter mais vago e abstrato, a categoria DFMP abrange toda referência objetiva, categorizada e circunscrita de sintomas e sinais.

> *Então... que tenha agressividade(...) que...muitos adolescentes que a gente recebe aqui com queixas de suicídio...tentativa de suicídio, os cortes superficiais, né? ... Então isso pra mim é algo pra saúde mental... prô CAPS infantil, no caso. (Voz 03).*
>
> *A gente pode citar queixas dum sono agitado, dormir o tempo inteiro, compulsão alimentar... Eu como o tempo todo ou deixo de comer completamente. Provocar o vômito depois que come. Manias como toda hora lavar a mão, toda hora olhar pra roupa pra vê se a roupa tá rasgada. Perder o compromisso porque ficou preocupado pensando... é ... alguma coisa que não tem solução. E por aí vai. Então isso pra mim são queixas bem marcadas de saúde mental. (Voz 04).*

Nesse sentido, tudo se passa como se no âmbito da discursividade sobre "o que é uma queixa para a saúde mental" houvesse uma necessidade de descrevê-las singela e empiricamente como compensação ou como se tal categoria consistisse numa "formação reativa" face à fluidez inapreensível da categoria anterior (sofrimento psíquico). Nesse caso, o movimento é outro. Deixa de ser celeste ou cósmico e vem a ser telúrico chão.

Diversos epistemólogos analisaram com clareza esse fascínio constrangedor pelo empiricismo à guisa de explicação. Gagey, em sua análise espectral da psicologia, discorre

de modo elegante sobre a angústia do pesquisador empiricista. De algum modo, podemos nos permitir derivar sua análise para o âmbito dos profissionais de saúde cuja tarefa consiste em interrogar e descrever cotidianamente a natureza dos fenômenos dos sujeitos que se apresentam a eles de modo não usual, isto é sofrendo de um mal-estar que não raro os exclui do convívio social ou dos pequenos prazeres da vida.

De acordo com ele, o pesquisador empiricista é habitado em seu íntimo pela angustia vertiginosa diante da verdade ou da realidade dos fenômenos não visíveis. Em outros termos, para ele o "existente" se solidariza e se solda intimamente com o "presente", o "presentificável". Como se algo não pudesse existir fora da constato sensorial do mundo. O existente se confunde com o estar presente. Daí sua quase obsessão para descrever a realidade dos fenômenos manifestos para poder alcançar algum saber sobre alguma coisa.

Agressividade, tentativas de suicídio, sono agitado etc. são referências materiais, observáveis, para se referir a alguma coisa que faz com que o sujeito que as manifesta sejam acolhidos, ou melhor, suas queixas possam ser validadas no plano de suas práticas.

Quadro 8 – Categoria: Descrição Fenomenológica de Manifestações Psicopatológicas – DFMP – CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo Indutor	Tema central	Categoria
"De acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental?"	**Queixas específicas**	Descrição Fenomenológica de Manifestações Psicopatológicas (DFMP)
Então... que tenha agressividade(...) que...muitos adolescentes que a gente recebe aqui com queixas de suicídio...tentativa de suicídio, os cortes superficiais, né? ... Então isso pra mim é algo pra saúde mental... prô CAPS infantil, no caso. (Voz 03). *A gente pode citar queixas dum sono agitado, dormir o tempo inteiro, compulsão alimentar... Eu como o tempo todo ou deixo de comer completamente. Provocar o vômito depois que come. Manias como toda hora lavar a mão, toda hora olhar pra roupa pra vê se a roupa tá rasgada. Perder o compromisso porque ficou preocupado pensando... é ... alguma coisa que não tem solução. E por aí vai. Então isso pra mim são queixas bem marcadas de saúde mental. (Voz 04).*	- Agressividade. - queixas de suicídio (adolescentes). - tentativa de suicídio, os cortes superficiais. (CAPS infantil) - sono agitado; - sonolência. - compulsão alimentar (comer/não comer/vomitar). - Manias	

3. A categoria **Normalidade Desviante (ND)** remete-se ao conteúdo das falas que veicula a ideia de descompasso ou discordância com o que se espera como comportamento ou desempenho para a população de referência do sujeito em tela. A ideia de norma estatística ou sociológica encontra-se subjacente a essas produções.

Quadro 9 – Categoria: Normalidade desviante – ND – CAPSi Mauá, 2016

Estímulo Indutor	Tema central	Categoria
"De acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental"	**Queixas específicas**	Normalidade desviante (ND)
A gente vai ver umas diferenças de comportamento, a gente vai ver questões de sono, de alimentação. Esses parâmetros começam a ficar diferentes para aquela faixa etária. Porque não dá prá dizer isso é normal... dá prá dizer o que é esperado pruma determinada faixa etária. Então, se essa criança ou adolescente está fora desse "esperado", de algum parâmetro que a gente entende como uma evolução natural... este comportamento modifica, o caráter, tá... é complicado, aí a gente pode entender que existe uma queixa de saúde mental, existe alguma questão de saúde mental e esta queixa vai variar. (Voz 04)	O que é esperado X Não esperado - Diferenças de comportamento. - Questões de sono; alimentação. - Evolução Natural (Faixas etárias – parâmetros)	

4. A categoria **Disfunção de Convivência Social** é bastante próxima da anterior, porém dela se distingue por seu caráter irrevogável de comprometimento da participação nos aspectos significativos da vida social. Se em ambos observa-se a referência a uma discordância, há também de se ressaltar que a discordância entre comportamentos esperados em pauta em uma determinada população é significativamente diferente de comportamentos que "atrapalham a convivência social". Nesse último caso, encontra-se implicada a reação da outra face ao sujeito e vice e versa e não uma avaliação de um padrão abstrato esperado. Estriba-se nessa distinção a construção dessa categoria específica.

Quadro 10 – Categoria: Disfunção de convivência social – DCS – CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo Indutor	Tema central	Categoria
"De acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental?"	**Sofrimento grave**	Disfunção de Convivência Social
Eu entendo ser uma queixa pra saúde mental qualquer tipo de comportamento ou sofrimento grave, né? ... que atrapalhe na convivência em sociedade...ou algum campo da vida da criança ou do adolescente...ou do adulto, né? (Voz 05)	Comportamento; sofrimento grave. (Criança, adolescente, adulto)	

5. Na categoria **Transtornos (T)** remete-se não simplesmente à enumeração aleatória de sintomas e sinais como é o caso da categoria **Descrição Fenomenológico de Manifestações Psicopatológicas.**

A palavra *transtorno* significa "termo usado como lugar de doença ou outro vocábulo similar, a fim de causar impacto psicológico menor no doente, ou em quem o acompanha" (FERREIRA, 1999, p. 1990) assim trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que tem um determinado fator causal. Portanto, em transtorno ou distúrbio estão presentes de modo subjacente a ideia de articulação/abrangência e, sobretudo a de explicação causal.

Por seu caráter de articulação e abrangência, essa categoria dá origem a outras subcategorias conforme a estrutura de aglutinação presente. No seu interior pode-se estabelecer como queixa de saúde mental, as subcategorias de transtornos emocionais, transtornos neurológicos, transtornos de aprendizado e transtornos de conduta.

> *O que eu percebo é que no CAPSi a maior queixa realmente é de ... são duas... transtorno de conduta e de aprendizado* (voz07).

5.1. Subcategoria **Transtorno Emocional (TE):**

Em geral se tratam de descrições genéricas de diferentes sintomas e/ou sinais que se articulam e cujo fator explicativo, provavelmente pelo caráter inexato da descrição, encontra-se nesse caso esmaecido.

5.2. Subcategoria **Transtorno Neurológico (TN):**

Nessa subcategoria há uma explicita referência a um substrato biológico determinante que desempenha um papel explicativo causal. Observa-se, pois uma forte dimensão explicativa da queixa.

5.3. Subcategoria **Transtorno de Aprendizagem (TA):**

Nessa subcategoria está antes de tudo presente, o desempenho escolar que se revela certo fracasso no processo de apreensão de habilidades e competências cujo lócus está socialmente adensado na escola. O caráter explicativo nessa categoria se espraia por dimensões variadas que percorrem um continuo que vai de um polo de natureza bio-individual a outro polo de natureza sócio-familiar.

5.4. Subcategoria **Transtorno de Conduta (TC):**

São comportamentos, situações que se definem antes de tudo por comprometer o ambiente de modo disruptivo, seja ele qual for a que o sujeito se vê inserido e que apresenta uma determinada denotação ou se assenta em um determinado tipo de explicação.

5.5. Subcategoria **Família (F):**

No item **Família (F)** o conteúdo destas falas indica a existência de vivências/situações que são influenciadas pelas relações sujeito/família. Para tanto, buscamos apresentar alguns conceitos que versam acerca da família e suas estruturas, assim lançamos mão da definição de família, segundo FERREIRA (1999): “Pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe, e os filhos. Pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue ou por alianças” (p. 887). Já RAMOS (2016) observa que “A sociedade em que vivemos tem sofrido diversas alterações e tal apresenta consequências

também a nível das estruturas familiares que a compõem. Assim, é importante perceber as famílias de modo a compreender a criança, dado que a sua forma de estar, ser e agir dependerá também das suas vivências familiares." (p. 01)

Das relações sujeito/família encontramos relatos que indicam questões acerca da dinâmica familiar e de aspectos fisiológicos:

> *... questões que são emocionais do funcionamento dinâmico da casa né?* (Voz 07)
>
> *O parto, por exemplo, também é potencializador de alguma questão neurológica...* (Voz 04)

Assim descritas às subcategorias dos transtornos: emocional, neurológico, de aprendizado, de conduta e de família apresentamos o seguinte quadro:

Quadro 11 – Categoria: Tipos de transtornos – T – CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo Indutor	Tema central	Subcategoria	Categoria
De acordo com você o que é uma queixa para a saúde mental?	**Tipos de descrições**	**Transtorno**	Tipos de Transtornos
Casos/queixas que tratem de algum transtorno emocional... uma crise... né? Depressiva, de agressividade, de agitação. (Voz 08)	Casos/queixas: - transtorno emocional. Crise: - depressiva, de agressividade, de agitação.	Emocional	
As questões neurológicas, por exemplo, existem deficiências intelectuais, por exemplo, que elas têm um cunho neurológico, e ela muito mais fisiológica... existe uma causa, as vezes, pela gestação, as vezes pelo uso de uma substância psicoativa durante a gestação dessa mãe...as vezes o pai também tem uma influência genética aí, histórico familiar às vezes. (Voz 04)	Questões neurológicas: - deficiências intelectuais (fisiológicas); - uso de substâncias psicoativas na durante a gestação da mãe; - influência genética (Paterna); histórico familiar.	Neurológico	
É na... na...no outro polo que é a questão do aprendizado, a gente vê também os Das, vê muito deficiência mental, e questões que são emocionais do funcionamento dinâmico da casa, né? ... Então, isso a gente vê bastante. (Voz07)	Questões do aprendizado: - Das; deficiência mental; funcionamento dinâmico da casa (Questões emocionais)	Aprendizado	
... a agressividade é uma coisa muito patente nas escolas hoje que a gente percebe que não é... é... essa agressividade ela denota várias coisas, não é uma coisa simplesmente da criança estar agressivo, mas é uma coisa que, assim...é o jeito como a criança se apresenta de mostrar algum tipo de sofrimento, né? E isso chega para nós, assim... a escola mando do tipo, dá um jeito. Dá um jeito e... porque não dá para ficar com uma criança assim... (Voz 07)	Agressividade: Ser agressivo X Estar agressivo	Conduta	
... questões que são emocionais do funcionamento dinâmico da casa né? (Voz 07) *O parto, por exemplo, também é potencializador de alguma questão neurológica...* (Voz 04)	Relações emocionais X Questões fisiológicas	Dinâmica Familiar	

6.2.2. Tipologia das queixas encaminhadas para o CAPSi

Após primeira análise do conteúdo das falas referentes ao estímulo indutor, a saber, *"que tipos de queixas chegam a esse CAPSi"*, e a produção consequente das categorias sendo essas últimas ordenadas e organizadas de acordo com dois critérios de valor heurístico: a frequência de suas ocorrências e a eventual presença de subcategorias.

Assim se obteve o seguinte quadro de tipos de queixas que chegam ao CAPSi de acordo com os relatos dos profissionais desse equipamento social.

Quadro 12 – Distribuição dos tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi Mauá, 2016.

	Categorias	f	%
	Tentativa de Suicídio*	07	**15,9**
	Agressividade*	06	**13,6**
	Aprendizagem*	06	**13,6**
	Autismo*	06	**13,6**
	Psicose*	03	**6,8**
	Transtorno de Comportamento*	03	**6,8**
	Transtorno de Conduta*	02	**4,5**
	Hiperatividade	02	**4,5**
	Depressão	02	**4,5**
	Transtorno de Personalidade*	01	**2,2**
	Sofrimento intenso	01	**2,2**
	Neurológica	01	**2,2**
	Falsa demanda	01	**2,2**
	Déficit de linguagem	01	**2,2**
	Deficiência mental*	01	**2,2**
	Funcionamento casa/família	01	**2,2**
	Ansiedade	01	**2,2**
TOTAL		**44**	**100**

Obteve-se pelo processo descrito 17 categorias, algumas das quais compostas como se mostrará adiante, sendo que as 04 primeiras estão na casa das dezenas e representam 57% das frequências. Esses são as Tentativas de Suicídio (15,9) seguido de Aprendizagem, Agressividade e Autismo (13,7%) que estão acima da mediana. (Mediana = 13,6).

Dentre os diferentes tipos de queixas que chegam ao CAPSi alguns merecem ser esclarecidos seja porque podem assumir uma forma indefinida para o leitor seja porque se constituem de aspectos diferenciados como é o caso que se segue, a saber, as tentativas de

suicídio em que alguns e diferentes profissionais fazem uma menção explícita às tentativas de suicídio feminino.

1. Tentativas de suicídio:

A categoria mais importante, constituinte do quadro dos tipos de queixas que chegam ao CAPSi de acordo com a apreciação de seus profissionais, é a Tentativa de Suicídio (TS). No Brasil, tais tentativas são consideradas agravos de notificação compulsória e envolvem aspectos culturais, mitos, tabus, estigmas e fatores biopsicossociais pouco discutidos na literatura, apesar da progressão das taxas de suicídio em âmbito nacional (BRASILb, 2007; BARROS, 2011). Há de se sublinhar que no computo geral das TS, há referência, conforme pôde ser observado, a um grupo particular constituído pelas Tentativas de Suicídio perpetradas por sujeitos do sexo feminino.

> *De repente tem várias meninas que chegaram assim mesmo. Em dois meses umas sete ou oito meninas com tentativas de suicídio, tentativas bem parecidas... de muito impulso, né?* (Voz04)

> *O que chega bastante pra gente* [...] *tá começando a receber agora uma demanda de meninas com* [...] *tentativas de suicídio...* (Voz 05).

2. Agressividade:

A agressividade, que consiste em disposição para o desencadeamento de condutas hostis e destrutivas, engloba uma série de tipos: a auto-agressividade, a alo-agressividade, a agressividade física e material e aquela de aspecto essencialmente psicológico como o Transtorno Opositivo-Desafiador. Muito embora alguns autores venham a considerar que atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte possam ser conceituados como Tentativa de Suicídio (SOUZA et al., 2011), optou-se aqui por designá-los como "atos auto-agressivos" e, desta feita, considerados como um tipo de queixa específico porque tais atos não parecem ser uma tentativa fracassada de pôr um termo à vida, mas como uma ação de mutilação destinada simplesmente a causar um dano violento a si próprio. Assim, reitera-se, optou-se por distinguir a automutilação ou auto-agressividade das tentativas de suicídio pelo aspecto ideacional que a preside. O suicídio define-se pela morte de uma pessoa causada por autoagressão, no entanto esse fenômeno inclui desde a motivação e ideação de autoextermínio até o planejamento do ato, a tentativa e o óbito (ABREU et al., 2010).

E aí a gente vê dentro dessa agressividade, tem os distúrbios realmente opositores, né? (Voz 07).

Chega muito a questão... agressividade, auto ou hetero-agressividade, né? (Voz 03)

Temos queixas com relação a adolescentes que tão se cortando... um corte ... (Voz 09*)*

3. Aprendizagem:

O termo aprendizagem, de modo geral, diz respeito ao "ato ou efeito de aprender" (FERREIRA, 1999, p. 172) e apareceu em grande medida na fala dos profissionais, porém quando analisadas elas foram utilizadas para apontar a aprendizagem que não ocorre, ou seja, "o não aprender" em meio ao as dificuldades de aprendizagem e prováveis queixas escolares.

... porque quando chega uma criança com dificuldade de aprendizagem, e chega muito, fica muito solto... ela tem a dificuldade porquê? (Voz 04)

Chegam muitas queixas de dificuldades de aprendizagem... (Voz 08)

4. Autismo:

> As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger. (DSM V, 2013, p. 53

5. Psicose:

O termo mais genérico de psicose designa certos transtornos mentais caracterizados pela sua gravidade e ruptura com a realidade e a concomitante construção fantasiosa ou delirante de uma realidade substitutiva. O Autismo consiste num determinado tipo de psicose, contudo em decorrência de sua especificidade e grande prevalência decidiu-se, nesta caracterização tipológica, fazer a distinção entre Psicose e Autismo.

> *...que chega muito... os psicóticos que chega também...mas são casos de sofrimento intenso.* (Voz 02)

> *Ah... tem crianças com transtornos e psicoses, né? Síndromes com a realidade, com deficiências importantes que estão aí, dentro do nosso metier de cuidado.* (Voz 09)

6. Deficiência mental:

O conceito de deficiência mental pode ser descrito como o estado de redução do funcionamento intelectual, de modo notável, inferior à média, que associado a limitações perante, no mínimo, dois aspectos, do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competência domesticas, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho. E, conforme critérios das classificações internacionais, o início da deficiência mental deve ocorrer antes dos 18 anos, caracterizando assim um transtorno do desenvolvimento e não uma alteração cognitiva como é a Demência. É preciso que haja vários sinais para que se suspeite de deficiência mental. Um único aspecto não pode ser considerado como indicativo de qualquer deficiência. A deficiência mental pode ser caracterizada por um quociente de inteligência (QI) inferior a 70, média apresentada pela população, conforme padronizado em testes psicométricos ou por uma defasagem cognitiva em relação às respostas esperadas para a idade e realidade sociocultural, segundo provas, roteiros e escalas, baseados nas teorias psicogenéticas. (FIOCRUZ, 2017)

7. Transtorno de comportamento:

Outro tema que apareceu em destaque diz respeito aos Transtornos que, no caso destes relatos, se referiam ao comportamento, conduta e personalidade. Para uma distinção mais rigorosa procurou-se estabelecer as diferenças entre cada um deles estabelecendo suas especificidades.

> "Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito". (DSM V, 2013, p. 20)

A definição do que vem a ser um transtorno do comportamento, não aparece de modo específico, nas classificações diagnósticas tanto do Código Internacional de Doenças – CID 10 como do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: 5ª Edição – DSM V. As questões que envolvem alterações/mudanças de comportamento dos sujeitos aparecem como características para a descrição dos sinais/sintomas de transtornos específicos. Neste caso, como podem ser observados nos transtornos de conduta e de personalidade.

7.1. Transtorno de conduta:

> A característica essencial do transtorno da conduta é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade. Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais: conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais; conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade; falsidade ou furto; e violações graves de regras. Três ou mais comportamentos típicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos

> seis meses. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional (Critério B). Em geral, o padrão de comportamento está presente em vários ambientes, tais como casa, escola ou comunidade. Como os indivíduos com transtorno da conduta têm uma propensão a minimizar seus problemas comportamentais, o clínico frequentemente deverá se basear em informantes adicionais. Entretanto, o conhecimento dos informantes acerca dos problemas de conduta do indivíduo poderá ser limitado se a supervisão for inadequada ou se o indivíduo ocultou comportamentos sintomáticos. (DSM V, p. 472)

7.2. Transtorno de personalidade:

> Traços de personalidade são padrões persistentes de percepção, de relacionamento com e de pensamento sobre o ambiente e si mesmo que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Os traços de personalidade constituem transtornos da personalidade somente quando são inflexíveis e mal adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo. O aspecto essencial de um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e que se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (Critério A). Esse padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B), provocando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E) e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniencefálico) (Critério F). São descritos também critérios diagnósticos específicos para cada um dos transtornos da personalidade inclusos neste capítulo. (DSM V, p. 686)

Em suas falas, os entrevistados apontam os tipos de encaminhamentos que chegam ao CAPSi e o fazem utilizando-se de termos psiquiátricos, clínicos ou nosológicos para classificarem os tipos de encaminhamentos para o serviço conforme as descrições descritas pelo quadro acima. Estas formas de indicações das “doenças” que chegam ao CAPSi nos parecem uma prática corrente no dia a dia dos profissionais do serviço, pois elas são produzidas *a posteriori* nos relatos obtidos nas queixas iniciais durante o acolhimento

destes usuários, além de contribuem para a elaboração das estratégias de ação para o atendimento deste caso.

Outro aspecto que nos pareceu evidente, nas falas dos profissionais, está relacionado ao fato de que os profissionais do CAPSi, ao mesmo tempo em que nomeiam a queixa objetivamente, procuram explicitar o significado para a utilização de cada classificação sobre os tipos de encaminhamentos. Diante disso, consideramos que os profissionais guardam certo cuidado para não rotular um usuário por causa do local de encaminhamento e/ou dos motivos expressos nas queixas iniciais. Isso nos remete a refletir acerca dos conceitos correntes no campo da saúde mental no que se refere, segundo Amarante (2007), *"o que é ser normal"*,

> "... mais que um jogo de palavras, estamos de frente a um problema científico muito sério e grave. Para certos temas, para certas questões, fica bastante mais claro que o modelo científico dualista-racionalista (erro x verdade) não é suficiente para lidarmos efetivamente com determinados problemas. E não é só na área da Saúde Mental!" (p.19).

6.2.3. Relações das queixas escolares com a saúde mental

Por meio do estímulo indutor: *"como você compreende as relações das queixas escolares com a saúde mental"*, observamos que, de modo geral, os profissionais comentam que as relações (queixas escolares e saúde mental) se estabelecem em certa medida, quando ocorrem, para crianças e adolescentes, vivências/situações que se baseiam no sofrimento tido como psicossocial/emocional e, que estas, causam interferências no cotidiano desta população tanto no cotidiano familiar, nas suas relações sociais e de modo específico ante a sua *não evolução na escola.*

E, seguindo a mesma linha de raciocínio adotada na seção *o que é uma queixa para a saúde mental* lançam mão da descrição nosográfica bem como do conjunto de sinais e sintomas para um determinado fator causal. Assim, foi possível indicar o aparecimento da unidade de significação *Sofrimento* que por si só abarca as condições para a sua ocorrência: fracasso escolar da criança e do adolescente, problema mental da criança, entristecimento da criança, dificuldades emocionais da criança e influências no âmbito familiar, escolar e social.

Neste relato, especifico sobre as relações das queixas escolares com a saúde mental, os profissionais destacam e apontam para a existência de uma tendência, por parte dos profissionais da escola, para, logo em primeira análise, associar que as dificuldades de aprendizagem, mais aparentes, são oriundas ou motivadas pelos problemas de saúde mental, os estudos de PAIS (2016) observam que a escola busca em meio ao discurso médico-diagnóstico tornar natural e simplista a ocorrência dos problemas escolares de crianças e adolescente e que um diagnóstico poderá explicar/remediar os motivos pelos quais a escola não consegue atender os problemas dos seus alunos. Este tipo de entendimento vem sendo muito difundido no meio da sociedade o que acentua, grandemente, a produção de processos de exclusão dos que trazem consigo, em seu rótulo, ser diferente (PAIS, 2016).

O sofrimento psíquico relacionado com as queixas escolares da população infantojuvenil é considerado oriundo de situações multifatoriais e que ocorrem níveis e intensidades diversas. E, nesse sentido, de modo semelhante à postura da escola, aparece a tendência de que o grupo social e os pais, também, associem que as dificuldades e os problemas escolares pertencem, em grande medida, a área da saúde e da saúde mental.

Quadro 13 – Relação das queixas escolares com a saúde mental. CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo Indutor	Tema central	Categoria
Como você compreende as relações das queixas escolares com a saúde mental	**Sofrimentos**	**Sofrimento psíquico**
O que a gente percebe é que é assim... A criança por não ser... A criança ou adolescente por não evoluir bem na escola por um determinado motivo... Acaba sendo... Sofrendo muito com isso né. (Voz 02)	Criança e adolescente. - Não evolução escolar: Sofrimento. (Exclusão)	Fracasso escolar da criança e adolescente
As pessoas relacionam por conta da dificuldade né. Então eles acreditam que se tem uma dificuldade é um problema mental e se é um problema mental então é CAPSi. Eles não conseguem diferenciar né... de que de fato é uma questão de saúde mental, mas não necessariamente uma queixa que tem que ser atendida no CAPS né. Mas pessoas vêm pra cá com esse intuito... de que precisam de um psicólogo.... a criança esta com dificuldade... não aprende... tem muitas reclamações da escola e eles vem buscar um psicólogo. (Voz 03)	Criança. + Reclamação da escola + Dificuldade (Não aprende) + Problema mental + CAPSi (psicólogo)	Problema mental da criança
Uma das coisas que eu percebo muito é o sofrimento emocional de uma criança que percebe que não acompanha as outras. Isso é uma coisa que eu percebi que acontece. A criança chega entristecida, ela não consegue entender o entorno, às vezes. Mas, quando a questão é meramente, meramente não no termo de que não seja valorizado né, quando a gente tem uma queixa bem definida de que o problema dela é não entender o que se fala na sala de aula, eu percebo que essa criança sofre emocionalmente porque os outros colegas fazem conversar, assim... Falam coisas que ele não vai gostar (Voz 04)	Criança. - Sofrimento emocional: não acompanha as outras; entristecida; não entende o que acontece em sala; ouve coisas dos colegas.	Entristecimento da criança.
Então... Quando chega prá gente com dificuldade de aprendizagem, a gente... Muitas vezes, a gente trás pra uma avaliação prá ver se o fato da criança estiver sofrendo com a dificuldade de aprendizagem tá trazendo algum sofrimento... emo... Emocional prá ela. (Voz 05)	Criança. - Dificuldade de aprendizagem: - Avaliação: dificuldade de aprendizagem traz sofrimento emocional.	Dificuldades emocionais da criança.
E existem alguns pais que acreditam que a criança tem um defeito e ela precisa ser consertada e aí tem uma dificuldade de aceitar a criança na característica... (Voz 04)	Criança. Questões no ambiente familiar + Reflexo no espaço escolar + Saúde Mental Escola causadora de sofrimento na criança e na família.	No âmbito familiar, escolar e social.
Muitas delas já se originam no setor família, acho que, às vezes, tem questões que estão acontecendo dentro do ambiente familiar que acabam se refletindo no espaço escolar. Eu acho que acaba chegando à saúde mental, porque essa situação, que é causada na escola, gera um sofrimento nessa criança e, às vezes, na família e como ela não acaba sendo aceita pela escola, pela sociedade porque é a criança que dá trabalho, aí eu acho que causa nela um sofrimento, não que ela cause na escola é o inverso é a escola que causa um sofrimento nela. (Voz 09)		

6.2.4. **Tipologia das queixas escolares que chegam ao CAPSi**

Após as análises realizadas sobre as produções decorrentes dos estímulos indutores *o que é uma queixa para a saúde mental* e *quais os tipos de queixas que chegam ao CAPSi*, pudemos apreender que os usuários, crianças, adolescentes (CAPSi) e adultos (CAPS) buscam este serviço especializado em saúde mental para que suas demandas oriundas de sofrimento psíquico sejam atendidas e, sobretudo, pudemos identificar a presença de demandas relativas a queixas escolares. Isso posto, uma vez identificadas e estabelecidas as relações destas queixas escolares com a saúde mental nos debruçamos sobre as indagações subsequentes visando conhecer, então, *"quais tipos de queixas escolares são encaminhados para o CAPSi"*.

A análise dos relatos obtidos a respeito da pergunta então formulada, a saber, *"quais são os tipos de queixas escolares encaminhadas para o CAPSi"*, permitiu a identificação de dois tipos gerais:

- Queixas de aprendizagem;
- Queixas comportamentais.

A primeira queixa de aprendizagem refere-se à variabilidade da incapacidade do escolar em assimilar de maneira esperada os conteúdos explicitados em sala de aula ou de contemplar os objetivos pedagógicos previamente desenhados

> *Crianças com* ***dificuldade de aprendizagem****, muitas vezes... Não tá aprendendo... Não tá conseguindo assimilar o conteúdo.* (Voz 09)

A segunda queixa comportamental, de natureza mais disciplinar diz respeito à relação psicossocial das crianças com seus pares, professores e com as normas que regem as condutas no interior da escola.

> ***Questões comportamentais.*** *Criança que não se comporta direito na escola, que não atende norma, que não atende regra, que tem dificuldade de relacionar-se com outras crianças, que acaba brigando.* (Voz 09)

> *Chega muito queixas relacionadas a agressividade... de crianças que agridem outras crianças, professores, funcionários né... que não param quietas né... que são ditas como opositoras, não aceitam regras né... isso chegam muitas.* (Voz 07)

O que pudemos observar e que tais produções, a saber, queixas comportamentais e queixas de aprendizagem, constituídas como aspectos distintos das queixas escolares podem, em algumas circunstâncias, serem considerados ora como solidárias ora como específicas:

> *Acho que problema de aprendizagem... de alfabetização. Acho que problema de aprendizagem mesmo... a queixa escolar acho que é esta... Vai estar relacionado com problema de comportamento junto.* (Voz 01)
>
> *E a escola tem muita dificuldade de estar com essas crianças em sala de aula e ai elas acabam demandando para a saúde um trabalho que, às vezes é um trabalho que tem que ser feito pela rede e não unicamente para a saúde.* (Voz 07).
>
> *Específico... É a ... o problema da criança não conseguir ler, não aprender...* (Voz 03)

As queixas se mostram multivariadas em seus motivos, condições, intensidades e locais de manifestação. No caso deste estudo, com crianças e adolescentes, vale ressaltar que os encaminhamentos e a busca espontânea somente se corporificam e ganham um sentido quando são expressas na forma de uma queixa inicial e, que está se baseia, sob nossa análise, pelas "falas/observações de outros", pais, responsáveis legais, cuidadores, profissionais de outros serviços e escola. E, a partir do seu entendimento, em meio ao acolhimento e avaliação/discussão em equipe, será possível delinear a pertinência ou não do caso para o atendimento pelo CAPSi. (Conforme descrito nas seções seguintes que versam sobre o atendimento das queixas escolares e quais são as ações desenvolvidas para atendê-las).

No mesmo relato, tipos de queixas escolares que chegam ao CAPSi, os profissionais do serviço utilizam-se de descrições clínico/técnicos: *transtornos, déficits, estados psíquicos, agitação psicomotora* para indicar os sinais/sintomas presentes nas queixas escolares, o que sugere uma preocupação, de cunho técnico e de natureza psicológica, com a precisão das questões que se desenrolam no âmbito da escola...

> *Problemas de aprendizagem. Alfabetização. Comportamento* (Voz 01);
>
> *Dificuldade de aprendizagem. Déficit de atenção. Hiperatividade.* (Voz 02);
>
> *... Agressividade. Transtorno de comportamento como... o da agitação psicomotora... TDAH.* (Voz 04);
>
> *Agressividade, dificuldade de aprendizado né? Inquietação psicomotora né* (Voz 07);

Vale aqui alguma reflexão sobre o alcance ou consequência desta discursividade baseada em asserções ou descrições técnico-nosográficas. De fato, aqui se está diante de uma problemática que tem, desde o meado do século XX, interrogado os pensadores que se debruçam sobre a filosofia e a epistemologia médicas.

De fato, a partir de 1943, ao escrever sobre o normal e o patológico Canguilhem (1990), questionou a visão oriunda do século XIX segundo a qual a saúde seria essencialmente uma adaptação, isto é deveria corresponder a um modelo pré-definido. Para ele, o episódio patológico não pertenceria exclusivamente às ciências médicas, mas sim ao homem, considerando nesse processo a comunicação do seu infortúnio, do seu mal-estar.

No rastro de debate inaugurado e encaminhado por Canguilhem a sociologia, a etnopsiquiatria e a filosofia da saúde produziram uma série de teorias dentre as quais se destacam a de Goffmann a de Scheff e a de Kleinman.

Mas foram sobretudo GOFFMAN (1963, 1975) e SCHEFF (1966) que enfatizaram o papel crucial que as denominações nosográficas desempenham no contexto de rotulação dos indivíduos em normais e desviantes de acordo com a adequação do que lhes é atribuído em relação às normas socialmente desejáveis. Consequentemente o desvio seria um produto do processo de rotulação balizado de acordo com o que a sociedade estima ou considera ser desejável ou não. Trata-se de um processo externo ao próprio indivíduo que se desenrola quando este de maneira direta ou indireta comunica seus sofrimentos.

Sendo assim, SCHEFF (1966) esclarece que os elementos próprios do desvio pertencem ao sujeito – são os desvios primários- mas, quando reconhecidos socialmente então eles determinam a rotulação de doença mental por parte da comunidade familiar, profissional ou outra se transmutando então em desvios secundários. O Psiquiatra passa a desempenhar a função de um rotulador legitimado socialmente. Pode-se entender que o psiquiatra não se restringe unicamente a uma figura do indivíduo-profissional, mas irradia-se a outras áreas de saber ao comunica-las e apetrechá-las com seu discurso técnico-rotulador sob a forma de diagnósticos. Em outros termos, seguido o raciocínio de SCHEFF (1966) e COELHO E ALMEIDA FILHO (2002), "o diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa operação capaz de produzir um tipo especial de desvio secundário: a doença mental" (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002, p. 318)

Para enfatizar a complexidade dessa ponderosa operação, KLEINMAN (1988, 1992) mostra que em sua constituição e funcionamento encontram-se associados solidariamente

tanto o modelo biomédico, o modelo médico, com sua coorte de profissionais da saúde, como o sistema de crenças, papéis e instituições vigentes socialmente.

Por outro lado, o discurso dos profissionais investigados não se revela unívoco. As falas analisadas apontam para uma instabilidade discursiva, provavelmente sintoma de uma crise político-epistêmica na qual os profissionais investigados se encontram mergulhados posto que atores de políticas públicas em que se debatem tanto o novo quanto o antigo. Ao mesmo tempo em que se mostram em plena prontidão para estabelecer sinteticamente diagnóstica e utilizar uma linguagem de codificação nosográfica, eles também lançam mão de expressões descritivas, analíticas, provavelmente para atribuir sentido à utilização de termos clínico/técnicos, e ao fazê-lo se aproximam de maneira mais fenomenológica do vivido em sala de aula.

> *Não aprende! Ele não aprende nada, vai para sala de aula e distrai os outros. Atrapalha o andamento da aula.* (Voz 04);
>
> *A criança não para na cadeira né?* (Voz 07);
>
> *Criança que não se comporta direito na escola, que não atende norma, que não tem regra, que tem dificuldade de relacionar-se com outra criança, que acaba brigando.* (Voz 09).

Nesse caso, esboça-se, por parte dos profissionais entrevistados, uma tentativa de compreensão ou de estabelecimento de justificativa causal para os problemas apresentados nas queixas, situando-os, pois, num território que se estende além do campo delimitado da escola e da mera observação *hic et nunc*, e plasmando o sofrimento do aluno numa dimensão em que se inclui o rol de todas as suas experiências conscientes e inconscientes de vida.

> *Algum desenho, às vezes, estranho sabe... que pode conotar algum sentido de abuso sexual. Criança que está muito quieta ou ela está muito agitada ou ela não socializa com ninguém. Os extremos.* (Voz 06)

Tais instabilidades discursivas podem indicar a ambiguidade com a qual os profissionais recebem as queixas e como eles as marcam.

Quadro 14 – Queixas escolares encaminhadas para o CAPSI Mauá, 2016.

Estímulo indutor	Tema central	Tema central	Categorias
Tipos de queixas escolares encaminhadas para o CAPSi	**Comportamento**	**Aprendizagem**	**Queixas escolares**
Questões comportamentais. Criança que não se comporta direito na escola, que não atende norma, que não atende regra, que tem dificuldade de relacionar-se com outras crianças, que acaba brigando. Crianças com dificuldade de aprendizagem, muitas vezes... Não tá aprendendo... Não tá conseguindo assimilar o conteúdo. (Voz 09) *Problemas de aprendizagem. Alfabetização. Comportamento* (Voz 01); *Dificuldade de aprendizagem. Déficit de atenção. Hiperatividade.* (Voz 02); *... Agressividade. Transtorno de comportamento como... o da agitação psicomotora... TDAH. Não aprende!* (Voz 04); *Algum desenho, às vezes, estranho sabe... que pode conotar algum sentido de abuso sexual. Criança que está muito quieta ou ela está muito agitada ou ela não socializa com ninguém. Os extremos. (Voz 06)* *Agressividade, dificuldade de aprendizado né? Inquietação psicomotora né* (Voz 07);	Criança: Comporta-se mal na escola; Não atende regra; Dificuldade de relacionamento; Brigas; Agressividade; Transtorno de comportamento: Agitação psicomotora; Déficit de atenção; Hiperatividade; Estados psíquicos; TDAH; Extremos: (quieta – agitada) Inquietação psicomotora; Problema de comportamento;	Criança: Dificuldade de aprendizagem; Não aprende; Problema de aprendizagem; Alfabetização; Não assimila conteúdo; Dificuldade de aprendizado.	Comportamental De aprendizagem

6.2.5. A compreensão dos profissionais acerca do atendimento das queixas escolares pelo CAPSi

As queixas escolares aparecem dentre os tipos de queixas encaminhadas para o CAPSi. Pudemos depreender que as queixas escolares chegam ao serviço, essencialmente, sob duas formas: *queixas de aprendizagem* e *queixas comportamentais.*

Quando adentramos, de modo específico, para apreendermos como os profissionais compreendem o atendimento das queixas escolares no CAPSi, transpareceu-nos, no primeiro momento e em grande medida, que os profissionais não consideram o serviço CAPSi como o/um lugar específico para o atendimento das queixas escolares ou se o é, elas ocupam um lugar secundário ou derivativo na estratégia de compreensão clínica.

O acolhimento, ou em outros termos, a compreensão das queixas escolares no âmbito da responsabilidade do CAPSi pode ser estabelecida em duas dimensões exclusivas:

1. O CAPSi não é lócus para acolhimento e resolução das queixas escolares.

   A grande maioria são questões que são questões de educação. (Voz 07);

   Queixa específica de aprendizagem o CAPSi não trabalha né? (Voz 09).

2. Quando acolhida, ela o é tão somente quando associada a agravos que, esses sim, encontram no CAPSi seu lugar de escuta.

   Então, na verdade a gente só atende a... essa questão da queixa escolar se ela tá associada a um outro diagnóstico né? Um diagnóstico que é o específico de atendimento do CAPSi. (Voz 03);

Nesse caso, o acolhimento dessas queixas se justifica na medida em que se associa a alguma outra queixa, transtorno ou sofrimento julgados como genuíno para o atendimento no CAPSi.

Em outras circunstâncias, tal como evidenciada, a queixa escolar é acolhida quando ela se constitui apenas como um aspecto exterior de uma problemática complexa que a subjaz.

> *Então... Porque é assim... na verdade a gente não trabalha em cima da dificuldade escolar né? ... a gente trabalha com os outros sintomas que... que... que isso provoca.* (Voz 02);

O que fica patente, entretanto, é que as queixas escolares em si não encontram ou não deveriam encontrar no CAPSi seu lócus de acolhimento.

> *Acho que o CAPSi tem que ser para questões que competem a ele né?* (Voz 08).

Assim, apesar do reconhecimento e da percepção de que não é o serviço especializado para o atendimento das queixas escolares, ele mobiliza em seu interior alguns procedimentos e recursos entre outras coisas, perante à escassez no município por espaços especializados, para tentar minimizar algumas vivências/situações que indicam uma maior atenção e cuidado ante aos reclamos propostos pelas queixas escolares.

> *...então, a gente acaba acolhendo aqui e fazendo este atendimento... é... prá gente não deixar mesmo a criança solta sem nenhum atendimento mesmo, sem nenhum... sem nenhum olhar, mas a gente não consegue fazer um trabalho específico aqui né.* (Voz 05);
>
> *... eu não vejo como uma doença, mas com questões que são sociais, realmente, e acabam resvalando na saúde, porque não tem outro local pra elas né? ... elas não são ouvidas no outro local e, muitas vezes, a criança é o grande ator disso prá mostrar o que está acontecendo por baixo do pano.* (*Voz* 07)

Essa atitude, provavelmente, responde positivamente às críticas feitas à escola nas décadas de 70 e 80 (PATTO, 1990, 2015) e assimiladas pelos serviços de saúde mental na atualidade que viam e veem no encaminhamento das queixas escolares um expediente, então comum na esfera da educação, de transformar o fracasso pedagógico da escola em ensinar em incapacidade do aluno em apreender, patologizando-o. A recusa do CAPSi em atender as queixas escolares enquanto tal constitui, dessa feita, em uma recusa em sancionar tal procedimento. Mas, na verdade, o CAPSi, aparentemente, não deixa de atender esses encaminhamentos, apenas muda sua equação; abordando, numa lógica casualista, os "sintomas" responsáveis pelas queixas escolares.[1]

> *A gente faz avaliações, entende um pouquinho do que... que essa queixa tá trazendo...* (Voz 09)

[1] Grifo nosso: Atualmente, essa problemática tem ressurgido, num contexto inédito na realidade brasileira, estampada em diversas denúncias veiculadas pelos meios de comunicação de acordo com as quais, os serviços de saúde mental encontram-se abarrotados de pedidos de "encaminhamento escolares", de avaliações psicológicas, sobre crianças imigrantes de países tais como a Síria. Nesse novo contexto migratório, por não saberem lidar com pautas de cultura diversificadas, essas escolas brasileiras que acolhem esses imigrantes, os consideram como "autistas" ou "com déficit de aprendizagem" encaminhando-os então às avaliações em serviços de saúde mental.

Quadro 15 – Categoria: Queixa escolar. CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo indutor	Tema central	Tema central	Categoria
Como você compreende o atendimento das queixas escolares no CAPSi	**Queixa escolar específica**	**Queixa escolar e comorbidades**	**Queixa escolar**
Então... porque é assim... na verdade a gente não trabalha em cima da dificuldade escolar né? ... a gente trabalha com os outros sintomas que... que... que isso provoca. (Voz 02)	Dificuldade escolar; Questões da Educação; Queixa de aprendizagem (Unicamente)	Associação de sintomas; Diagnóstico específico;	Problemas de Aprendizagem + Agravos em saúde
Então, na verdade a gente só atende a... essa questão da queixa escolar se ela tá associada a um outro diagnóstico né? Um diagnóstico que é o específico de atendimento do CAPSi. (Voz 03)			
A grande maioria são questões que são questões da Educação. (Voz 07);			
Acho que o CAPSi tem que ser para questões que competem a ele né? (Voz 08)			
Queixa específica de aprendizagem o CAPSi não trabalha né? (Voz 09).			

Na falta de equipamentos sociais adequados, o CAPSi altera sua função, conforma-se por meio de certos malabarismos às demandas que lhe são extemporâneas ou não genuínas, para exercer uma função de suplência. Para tanto, observamos que o CAPSi pode utilizar, conforme relatado, vários procedimentos como: acolhimento, avaliações, atendimento individual/grupal, articulação entre a escola, os serviços de saúde e a família.

> *É... a queixa da escola, muitas vezes, nós tentamos fazer algum contato com a escola... é... e fazer esta troca mesmo... conversar. E outras vezes a gente tenta com que a escola, primeiro, acesse a UBS né? [...] quais são os manejos que a equipe tem, em determinadas situações, que podem ser tentadas na escola como uma forma de luz... algum caminho ali né? (Voz 06).*

Quadro 16 – Categoria: Atendimento da queixa escolar. CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo indutor	Tema central	Categoria
Como você compreende o atendimento das queixas escolares no CAPSi	**Procedimentos**	**Atendimento da queixa escolar**
A gente faz avaliações, entende um pouquinho do que que é essa queixa que tá trazendo... (Voz 09)	Avaliações	Individual Familiar Setorial Intersetorial
... eu não vejo como uma doença, mas com questões que são sociais, realmente, e acabam resvalando na saúde, porque não tem outro local pra elas né? ... elas não são ouvidas no outro local e, muitas vezes, a criança é o grande ator disso prá mostrar o que está acontecendo por baixo do pano. (Voz 07); *...então, a gente acaba acolhendo aqui e fazendo este atendimento... é... prá gente não deixar mesmo a criança solta sem nenhum atendimento mesmo, sem nenhum... sem nenhum olhar, mas a gente não consegue fazer um trabalho específico aqui né. (Voz 05)*	Acolhimento	
É... a queixa da escola, muitas vezes, nós tentamos fazer algum contato com a escola... é... e fazer esta troca mesmo... conversar. E outras vezes a gente tenta com que a escola, primeiro, acesse a UBS né? [...] quais são os manejos que a equipe tem, em determinadas situações, que podem ser tentadas na escola como uma forma de luz... algum caminho ali né? (Voz 06). *A gente vai tentando fazer o manejo... Orienta a família né, escuta um pouquinho a criança... Entende também como que é prá ela essa situação, mas geralmente a gente vai fazendo um trabalho com a rede também. (V0z 09)*	Articulação: Escola, Saúde, Família.	

E, por último, observamos que os profissionais apontam para três situações: *o que falta, o que fazer e como fazer.*

Acerca do que falta observamos que os profissionais sentem a necessidade da criação de serviços que sejam especializados para o atendimento das queixas escolares, unicamente e para isso recorrem a presença de profissionais da área da educação - Pedagogo e Psicopedagogo. Sob a égide do que fazer demonstram, estes mesmos profissionais do CAPSi, que conseguem suprir as necessidades e exigências que os encaminhamentos das queixas escolares propõe para o CAPSi. E, finalmente, o como fazer é realizado logo que são mobilizados para sua contribuição no interior e, a partir do serviço as intermediações consideradas necessárias para os manejos, conversas e informações entre o CAPSi – Escola – Família e que isso pode compreender o encaminhamento dos casos para locais e/ou espaços especializados ou capacitados para atender as queixas escolares.

Assim, descrito acima, observamos que os desafios propostos ao CAPSi se fundam em aspectos como perpassam em meio a articulação da rede de saúde; articulação entre outros setores no sentido de envolver a tríade profissionais - usuários – familiares.

Eu acho que falta equipe para atender especificamente as queixas escolares. Por que a gente não tem psicopedagogo... um pedagogo. (Voz 01);

Na verdade, eu acho que a gente, realmente, precisa implantar a psicopedagogia aqui. Aqui, não falo num CAPS infantil, porque a criança não precisa de CAPS infantil, precisam de um espaço onde ela possa ser vista na característica dela, sem que isso pareça ser exclusão. (Voz 04);

Essas queixas da escola... aí se dão entre conversas entre a escola e o CAPSi, intermediações com a família, trocas mesmo de informações... ah... como ele se comporta aqui... Às vezes, o que a equipe faz... Quais são os manejos que a equipe tem em determinadas situações que podem ser tentadas na escola como forma de alguma luz... e algum caminho ali né, acho que nesse sentido. (Voz 06);

Entender também, um pouquinho, como que é que essa escola enxerga essa criança... como que é essa relação lá, trabalhos com a família né. E sendo de pertinência, um caso grave, e mesmo que tenha necessidade de intervenção, a gente continua com esse processo. Senão a gente faz os encaminhamentos procedentes. (Voz 09).

Quadro 17 – Categoria: Desafios. CAPSi Mauá, 2016.

Estímulo indutor	Tema central	Categoria
Como você compreende o atendimento das queixas escolares no CAPSi	**O que falta, o que fazer, como fazer**	**Desafios**
Eu acho que falta equipe para atender especificamente as queixas escolares. Por que a gente não tem psicopedagogo... um pedagogo. (Voz 01) *Na verdade, eu acho que a gente, realmente, precisa implantar a psicopedagogia aqui. Aqui, não falo num CAPS infantil, porque a criança não precisa de CAPS infantil, precisam de um espaço onde ela possa ser vista na característica dela, sem que isso pareça ser exclusão. (Voz 04)* *Essas queixas da escola... aí se dão entre conversas entre a escola e o CAPSi, intermediações com a família, trocas mesmo de informações... ah... como ele se comporta aqui... Às vezes, o que a equipe faz... Quais são os manejos que a equipe tem em determinadas situações que podem ser tentadas na escola como forma de alguma luz... e algum caminho ali né, acho que nesse sentido. (Voz 06)* *Entender também, um pouquinho, como que é que essa escola enxerga essa criança... como que é essa relação lá, trabalhos com a família né. E sendo de pertinência, um caso grave, e mesmo que tenha necessidade de intervenção, a gente continua com esse processo. Senão a gente faz os encaminhamentos procedentes. (Voz 09)*	Profissionais da Educação (Psicopedagogo, Pedagogo) Espaços específicos fora do CAPSi Intermediações: CAPSi Escola – Família (Conversas, informações, manejos) Encaminhamentos	Articulação em rede; Articulação entre outros setores: (Usuários – familiares - profissionais)

6.3. Ações propostas pelo CAPSi para o atendimento das queixas escolares

Nesta etapa do estudo, buscamos apreender como os profissionais do CAPSi constroem, organizam e desenvolvem as ações para atender os usuários com queixas escolares.

A hipótese subjacente, como enunciada anteriormente, sugere que as diversas representações sobre as queixas escolares, depreendidas das falas dos profissionais de saúde, estariam condicionando as ações voltadas ao seu atendimento.

Nesse contexto, não é excessivo relembrar, a partir das análises das falas dos profissionais, que existiria no plano representacional um estranhamento entre, de um lado, os objetivos atribuídos ao CAPSi e a legitimidade do trabalho do CAPSi no que tange ao atendimento das queixas gerais de saúde mental que ali são acolhidas e, de outro lado, as demandas mais específicas que se revestem do termo "queixa escolar". Em outras palavras, enquanto as queixas gerais de saúde mental são consideradas objeto genuíno do trabalho efetuado no CAPSi, as queixas escolares, especificamente, são consideradas estranhas ao CAPSi. Essas últimas, embora algumas vezes acolhidas, o são por força de expedientes extemporâneos. Sublinhamos, ainda, que as queixas escolares foram caracterizadas como de dois tipos principais: *aprendizagem e comportamentais.* Como já discutido anteriormente, os profissionais do CAPSi entendem que os atendimentos exclusivos e específicos das queixas escolares, sob o prisma das dificuldades de aprendizagem/aprendizado, não devam ser realizados, prioritariamente, no CAPSi e, quando são realizados, o são ou por expedientes formalmente indevidos ou após sofrerem uma transmutação significativa de seus valores epistêmicos.

No quadro abaixo, aparece o tema central extraído das falas dos entrevistados: *Ações* e que, em meio as descrições destas ações, surgiram as seguintes categorias: *Contradições, Escuta, Avaliação/observação, Articulação entre serviços, Atendimento no CAPSi, Ações intersetoriais, Ausências.*

Quadro 18 – Ações desenvolvidas pelo CAPSi Mauá para o atendimento das queixas escolares. 2016

Estímulo indutor	Tema central	Categoria
Quais são as ações desenvolvidas pelo CAPSi para atenderem as queixas escolares?	**Ações**	**Tipos de ações**
Acho que eles são atendidos como as outras crianças... eles vão ser acolhidos... Avaliados e direcionados ou prá um atendimento em grupo... ou pruma oficina... ou pro atendimento individual... *mas eu acho que uma queixa escolar específica... num sei se ela vai... um déficit de aprendizagem, assim... não sei se vai ser exatamente atendida, mas pelo menos envolvido sim. (Voz 01)*	Atendimento comum (como as outras crianças) x Não atendimento e queixa escola, de déficit de aprendizado Envolvimento	Contradição
A gente geralmente, após o acolhimento né? A gente acolhe... acho que a primeira ação é sempre dar escuta né? Porque a gente precisa saber por que veio né? (Voz 04)	Primeira ação: Identificação do motivo = escuta (Necessidade)	Escuta
Avaliação... Começa uma escuta e uma avaliação, compreensão da queixa, avaliação com a família, às vezes, a gente insere essa criança em alguma atividade de grupo também, prá gente poder observar melhor e poder construir um pouco melhor essa situação. (Voz 09)	Avaliação: compreensão da queixa (Finalidade) Queixa familiar e Queixa da criança Observação: Atividade em grupo (Ações desenvolvidas)	Avaliação Observação
Então, a gente faz geralmente articulação né? Faz o acolhimento da criança, escuta toda queixa familiar, da criança, faz uma avaliação né?... *... e o que a gente percebe que não precisa tá aqui a gente começa fazer articulações de rede que é o contato com a escola né? Solicita apoio da unidade básica de saúde, geralmente a gente vai até a escola conversar com o professor né?* *Dentro dessa avaliação a gente consegue separar o que a gente chama demanda prá tá aqui, um sofrimento que precise ser visto em CAPS infantil através dessa dificuldade de aprendizagem né? (Voz 05)*	Articulação de rede: família e criança, contato com a escola, UBS. Demanda para o CAPSi (Tipo de sofrimento)	Articulação entre serviços
Bom, acho que assim... como todas as crianças que passam aqui, é passado por um... aí existem vários caminhos né? Às vezes, é passado por um grupo de avaliação, ou insere esta criança ou adolescente em alguma... algum grupo terapêutico, alguma oficina em que possa ser observado por... pelas outras pessoas da equipe. E aí vai ver se isso realmente acontece aqui ou se é só na escola. E se acontece aqui, o que que a gente faz. O que que é necessário prá essa... essa pessoa... independente da faixa etária, se é necessário o atendimento psicológico individual, se é necessário o atendimento psiquiátrico, se outros grupos são necessários. E aí vai se encaminhando o atendimento, assim como qualquer outra criança que chega. (Voz 06)	Criança e adolescente = queixa escolar Avaliação Grupo terapêutico Oficina Atendimento psicológico Atendimento Psiquiátrico	Atendimentos no CAPSi
Muitas vezes, a gente percebe que essa queixa escolar não tem nada a ver com a doença e ai a gente tenta fazer algumas intervenções na própria escola né? Associar outros parceiros, outros agentes como o CRAS e o CREAS. [...] E, chamar muitas vezes, também as escolas prá mostrar... "olha o que está acontecendo não é, realmente, um problema mental, mas é um... são questões que própria escola é que tem que... dar conta" né? (Voz 07)	Queixa escolar: Não doença = Intervenção do CAPSi na escola X Chamar parceiros (CRAS e CREAS)	Ações intersetoriais
O CAPSi basicamente, ele não atende esta demanda que está relacionada a parte pedagógica né? Então... a gente está sem referência mesmo... assim... no município para cuidar dessa parte pedagógica né? [...] *A gente tem vários autistas que não conseguem ir para a escola porque não fica e, se a mãe vai com essa criança essa criança fica sentada no colo da mãe e não faz nada. Então precisa de algo especializado né? São crianças que não conseguem chegar, mas que também não consegue vaga, por exemplo, em algumas escolas especiais porque precisa de uma avaliação, precisa que alguém encaminhe... que faça esse caminho.* (Voz 08)	Ausência de serviços de referência para a parte pedagógica	Intermediações

Retomamos, novamente, que as ações para o atendimento não se fixa na queixa escolar em si, mas enfoca a dificuldade apresentada pela criança/adolescente, (no caso, alguma dificuldade escolar) como um sinal de um distúrbio a ser apreendido e entendido num contexto complexo de seu funcionamento físico, psicológico, social global.

Relembramos que cerca de ¼ das queixas que chegam ao CAPSi remetem-se a queixa escolares, o que não é absolutamente desprezível. De fato, de todas as 99 queixas que chegam, 05 são queixas escolares oriundas da escola e 18 são queixas escolares encaminhadas por outros serviços e busca espontânea. Tais números mostram claramente que de todas as queixas acolhidas no CAPSi 23 (23%) são de usuários/queixas escolares.

A despeito disso, as falas apresentadas pelos profissionais indicam de modo incisivo que o CAPSi não é lócus de atendimento das queixas escolares. O cotejamento da concretude dos números com as representações dos profissionais nos coloca em contato com uma aparente contradição em relação ao que é falado e o que é realizado. Longe de ser julgado o mérito desta contradição, entendemos que é relevante discutir seus motivos.

Um argumento que pode ser considerado baseia-se no consenso, entre estes profissionais, de que a queixa escolar fulcrada na questão da aprendizagem não propõe que estes profissionais se mobilizem para seu atendimento. Nesse caso, eles se mobilizariam apenas para direcionar/encaminhar esses sujeitos para outras possibilidades/locais de acolhimento e atenção (BRASIL, 2014). Em contrapartida, a queixa escolar baseada pelo aspecto comportamental desencadeia, ante aos profissionais do CAPSi, o entendimento de que algumas ações possam ser desenvolvidas no seio do serviço e que, conforme já discutido, não incidem foco específico na queixa escolar. Em outros termos, a queixa escolar de tipo comportamental é traduzida em outros termos, tais como, ansiedade, depressão, agressividade, etc. e, assim realizada a transmutação, ela receberia as insígnias que permitiriam sua admissibilidade.

Provavelmente, tais decisões ou tais distinções entre isto ou aquilo que seria passível de receptividade no CAPSi não são frutos de julgamentos arbitrários, mas se ancoram num precipitado de conhecimentos e discussões presentes ao longo de seu processo de formação e de atuação. Basta para tanto relembrar as candentes discussões, inauguradas nos anos 80, acerca do que se passou a ser denunciado como recurso espúrio aos serviços de psicologia efetuado pela escola e que encobria de fato sua (in)competência para solucionar problemas de educação, atribuindo a uma pretensa incapacidade psicológica do aluno aquilo que de fato a escola não conseguia ou não sabia ensinar.

O segundo argumento parte de um conceito, muito corrente no âmago dos profissionais da área da saúde mental, que versa que a saúde mental deve ser observada sob a ótica da capacidade que os sujeitos têm para exercerem as suas ações cotidianas de modo autônomo e pleno, portanto viver com bem-estar individualmente e em grupo. E que, as vivências/situações de sofrimento psíquico, neste caso em meio às queixas escolares, podem comprometer a vida cotidiana destes sujeitos. Assim, o cuidado à saúde mental encampa uma série de ações setoriais e intersetoriais que visam à promoção integral da saúde, prevenção de agravos e reabilitação psicossocial (REINALDO, 2008).

Portanto, observamos que as ações, independentemente, se motivadas, unicamente, pela queixa escolar sob o foco da aprendizagem ou pela queixa comportamental que carrega consigo as questões escolares, observamos que os profissionais deste CAPSi referem que encontram alternativas e estratégias, mesmo que contraditórias para oferecerem a atenção e o cuidado aos usuários escolares crianças e adolescentes quando for necessário, seja entre seus domínios sob outros formatos de atendimento e/ou em outros locais.

Numa das falas (Voz 01) há explicitamente uma contradição, de um lado a entrevistada diz que as crianças, cujos encaminhamentos, encontram-se marcados pela demanda de queixa escolar "*são atendidos como as outras crianças... eles vão ser acolhidos* enquanto que em seguida, ela estabelece uma precisão em particular contradição com o dito anterior *"mas eu acho que uma queixa escolar específica"... num sei se ela vai... um déficit de aprendizagem, assim... não sei se vai ser exatamente atendida, mas pelo menos envolvido sim."*.

Podemos explorar, para nossos fins, essa contradição de pelo menos três maneiras: em primeiro lugar, enfatizando a própria contradição que, mais que uma contradição, revela-se como uma ambivalência. Anfibologia essa que retrata perfeitamente no plano da prática, isto é das ações e das intenções concretas presentes no trabalho dos profissionais, a representação que eles têm do lugar e da função dos CAPSi, da concepção da natureza de sofrimento mental e, enfim, da própria queixa escolar.

Em segundo lugar, o quase anátema lançado contra as demandas que involucram as queixas de saúde mental: *"não sei se ela vai ser exatamente atendida"*. Na verdade, parece que ela sabe esse *"não sei se ela vai ser... atendida"* é um expediente de linguagem que denota certo mal-estar, uma disposição não muito clara porque provavelmente não é muito clara a noção de sofrimento mental que serviria de crivo para determinar o que deve e o que não deve ser atendido. Situação essa que parece ser reforçada pela "concessão" dada à

demanda do sujeito ou feita em nome do sujeito *"pelo menos envolvido, sim."* Restando esclarecer o que é ser envolvido e o que é ser acolhido. Por que seria envolvido se não é uma queixa de saúde mental?

Finalmente, há uma referência fundamental quando a profissional identifica para dar maior precisão ao seu raciocínio, que a queixa escolar poderia ser um déficit de aprendizado, nesse caso, então não haveria lugar no CAPSi. Essa última asserção abre espaço para uma complexa discussão, a saber, se o déficit de aprendizagem é decorrência das mazelas do sistema escolar ou se tal déficit tem sua razão numa incapacidade do escolar em aprender. Nesse último caso, entramos no terreno da *"deficiência mental"* (seção 6.2.2.), termo antigo, mas que usamos aqui para nos aproximarmos da fala da entrevistada. Para simplificarmos poderíamos nos perguntar, se o autismo, classificado e posto no terreno das deficiências, é indiscutivelmente acolhido e atendido no CAPSi por que então o *"déficit de aprendizagem"* não o seria. A resposta é simples e complexa ao mesmo tempo, pois na realidade, essa demanda encerra a confusão, provavelmente certo maniqueísmo e o debate efetivo existente sobre o papel da escola no processo de *não formação* adequada do alunato e por outro certo mal-estar em reconhecer como efetivamente pertencentes à área da saúde mental certos processos individuais que impossibilitam a simbolização adequada do mundo.

Na fala dos profissionais acerca das ações utilizadas para atenderem as queixas escolares, em primeira instância, indica a existência de um espaço para acolher esses sujeitos (encaminhados ou mobilizados pela busca espontânea), que não se baseia na tipologia do encaminhamento e/ou das queixas. Isso descrito nos mobiliza a ressaltar que os profissionais entrevistados indicam que os sujeitos encaminhados, em razão de uma queixa escolar, recebem o mesmo tipo de atendimento que é dado aos demais casos. E, novamente enfatizamos que os casos que chegam ao CAPSi são marcados pela diversidade em sua tipologia e níveis de comprometimento e intensidade. É nesse contexto e panorama que observamos que os profissionais do serviço se sentem capacitados para utilizar um leque em mão para a articulação de várias estratégias para o atendimento destes sujeitos da faixa etária infantojuvenil que recorre ao CAPSi.

Para tanto, a escuta é condição *SINE qua non* para que sejam recebidos os encaminhamentos e a busca espontânea de usuários em meio às vivências/situações de sofrimento psíquico. O acolhimento para a escuta dos usuários no CAPSi contribui para que esses sujeitos, crianças e adolescentes, sejam avaliados de uma forma abrangente e que, a partir disso, sejam traçadas as possíveis formas de atendimento seja no interior do

serviço ou pelo direcionamento e orientação para outras possibilidades que os casos imponham.

A categoria **Avaliação** traz à tona o valor/sentido do que foi percebido e observado perante a escuta dos usuários. E, em meio a essas percepções serão mobilizadas, a medida de cada necessidade, as ações possíveis para o andamento dos atendimentos dos usuários em questão. O atendimento individual é uma das estratégias empreendidas, pois possibilita que cada profissional envolvido nesta avaliação possa contribuir e acrescentar detalhes que visam compor um quadro fiel da necessidade desta criança e adolescente - abordagem multiprofissional. E, ainda no campo da ação de avaliar os usuários, as falas dos profissionais referem que acontecem, também, atividades em grupo que, de maneira semelhante ao que é esperado ante o atendimento individual, podem contribuir para que os usuários sejam, igualmente, observados, porém inserido em um contexto que, a nosso ver, os aproximam em muito das reais vivências/situações do seu cotidiano. Isso facilita, em grande medida, a identificação de aspectos até antes não observados e/ou descritos pela queixa inicial e/ou durante o atendimento individual.

> *Nós temos grupo de avaliação né? Neste grupo de avaliação, as crianças são avaliadas multiprofissionalmente e a gente tenta fazer um diagnóstico em todas as áreas e ver, realmente, o que que essa criança precisa.* (Voz 07)

Pela categoria **Articulação** entre serviços (CAPSi, escola, UBS, família). Podemos observar que estas (articulações) podem contribuir para que os processos de atenção e cuidado orientem e dimensionem as responsabilidades e compromissos entre todos e, para cada um dos responsáveis pelo atendimento desta população infantojuvenil. Em grande parte das falas dos profissionais, apontam iniciativas que visam inserir a presença e a participação dos familiares nas atividades propostas para o usuário/escolar uma vez que os profissionais deixam claro que as vivências/situações, em meio ao convívio familiar, concorrem para desvelar alguns aspectos que, também não podem ser observados, apenas, pelas ações que são desenvolvidas no interior do serviço.

> *Então, a gente faz geralmente articulação né? Faz o acolhimento da criança, escuta toda queixa familiar, da criança, faz uma avaliação né?*
>
> *...e o que a gente percebe que não precisa tá aqui a gente começa fazer articulações de rede que é o contato com a escola né? Solicita apoio da unidade básica de saúde, geralmente a gente vai até a escola conversar com o professor né?*
>
> *Dentro dessa avaliação a gente consegue separar o que a gente chama demanda prá tá aqui, um sofrimento que precise ser visto em CAPS infantil através dessa dificuldade de*

aprendizagem né? Grupo de orientação de pais, também faço parte do grupo de orientação de pais. Então a gente também proporciona isso... as vezes o pai não sabe como lidar e se mostra algumas coisas que se faz e a mãe pode fazer. (Voz 05)

Neste trecho abordamos a ação que versa, propriamente dito, a respeito do atendimento das queixas escolares no interior do CAPSi. Como já discutido a presença e o atendimento das queixas escolares no âmbito da saúde mental causam uma série de inquietações cotidianas nos processos de trabalho dos profissionais e nos serviços. É posto, vis-à-vis nas falas dos profissionais que crianças e adolescentes chegam ao CAPSi em meio as queixas escolares. E, segundo as ações já descritas acima como a *escuta* e a *avaliação/observação* os profissionais relatam que os atendimentos dos sujeitos envolvidos pelas queixas escolares passam pela inserção em atividades (grupos terapêuticos e atendimentos clínicos) que visam atribuir reais sentidos ao impacto que as queixas escolares provocam nestes usuários.

Às vezes, é passado por um grupo de avaliação, ou insere esta criança ou adolescente em alguma... algum grupo terapêutico, alguma oficina em que possa ser observado por... pelas outras pessoas da equipe. E aí vai ver se isso realmente acontece aqui ou se é só na escola. E se acontece aqui, o que que a gente faz. (Voz 06)

O atendimento das queixas escolares no CAPSi mobiliza nos profissionais a busca por estratégias diversificadas para que possam delinear, com clareza, o que cada caso traz de aparente e/ou, ainda, de obscuro. Como já discutido acima e em outras seções deste estudo (seção 6.2.4.) os profissionais deixam aparente que, muitas vezes, a escola e/ou familiares associam que as dificuldades de aprendizagem e dos comportamentos considerados inadequados na escola são oriundas de vivências/situações de uma questão, única e exclusivamente, ligadas ao desenvolvimento de uma doença mental e isso posto, se associa ao atendimento e tratamento em um serviço especializado na área da saúde mental/ CAPSi. Em suas falas os profissionais indicam que estão atentos a estas demandas e que, para isso, fazem uso de uma série de estratégias para o entendimento de cada um destes casos. O uso de ações intersetoriais, visam, além de articular os outros serviços para ofertar as parcerias para o atendimento dos usuários, propõem que as ações conjuntas se estabeleçam além dos domínios do CAPSi.

Muitas vezes, a gente percebe que essa queixa escolar não tem nada a ver com a doença e aí a gente tenta fazer algumas intervenções na própria escola né? Associar outros parceiros, outros agentes como o CRAS e o CREAS. [...] E, chamar muitas vezes, também as

escolas prá mostrar... "olha o que está acontecendo não é, realmente, um problema mental, mas é um... são questões que própria escola é que tem que... dar conta" né? (Voz 07)

...quando é uma queixa escolar, específico por aprendizagem, porque tem uma questão... é uma dislexia, é uma disfunção de aprendizagem mesmo... qualquer transtorno de aprendizagem ou de linguagem a gente não consegue dar conta aqui no CAPSi. E a gente vai fazendo algumas orientações prá escola [...] alguns contatos com a escola, tenta dar um suporte prá essa criança, as vezes, encaminha prá Unidade Básica de Saúde, mas, as vezes, faz algumas orientações com a família com a possibilidade... "olha se você tentar uma psicopedagoga... se você tem condições de procurar". (Voz 09)

Vale dizer que, acerca das ações para atenderem as queixas escolares no CAPSi, os profissionais ressaltam que este serviço não é o local especializado para o atendimento deste tipo de queixa e que também não contam com um local específico para o atendimento desta demanda e a ação que os mobiliza diz respeito às intermediações que cada caso pode requerer, principalmente, quando diz respeito a ausência ou a dificuldade de acesso aos serviços de referência para a parte pedagógica.

O CAPSi basicamente, ele não atende esta demanda que está relacionada a parte pedagógica né? Então... a gente está sem referência mesmo... Assim... no município para cuidar dessa parte pedagógica né? [...] A gente tem vários autistas que não conseguem ir para a escola porque não fica e, se a mãe vai com essa criança essa criança fica sentada no colo da mãe e não faz nada. Então precisa de algo especializado né? São crianças que não conseguem chegar, mas que também não consegue vaga, por exemplo, em algumas escolas especiais porque precisa de uma avaliação, precisa que alguém encaminhe... que faça esse caminho. (Voz 08)

As adequações químicas que, às vezes, tem necessidade de consulta. Encaminhamentos, por exemplo, prá rede de reabilitação, porque, às vezes, não é questão psiquiátrica, às vezes, é questão neurológica. Então, por exemplo, existem matriciamentos que a gente sai daqui e vai conversar lá na unidade básica de saúde o que eles podem fazer lá. [...] *Mas eu sinto falta de alguma coisa aqui, que seria a psicopedagogia. Que eu acho que o município precisa... deste tipo de serviço, que atenda questões, unicamente de... de dificuldade escolar mesmo e isso a gente não tem. A gente vai fazendo caminhos prá dar todo suporte que ela puder, mas fora isso a gente não tem condições de oferecer alguma coisa além.* (Voz 05)

Assim, descritas as ações utilizadas pelos profissionais do CAPSi para o atendimento das queixas escolares, pudemos observar que estas ações, em grande medida, caminham em acordo com as normas e diretrizes, tanto nacionais como locais, que propõem modelos de atuação para os CAPSis (BRASIL, 2004, BRASIL, 2014, BERTOLINO-NETO, 2015, DELFINI, 2016).

6.3.1. Relações entre o CAPSi e as escolas para o atendimento das queixas escolares

Nesta seção visamos conhecer como são estabelecidas, de acordo com os profissionais do CAPSi, as relações entre o CAPSi e as escolas para atenderem as queixas escolares que chegam ao serviço.

Inicialmente, pudemos observar que as falas anteriores dos profissionais do CAPSi, acerca das queixas escolares e das ações desenvolvidas para o seu atendimento, nos conduziram a nos interrogar sobre os processos que possibilitam o estabelecimento das relações do CAPSi com a escola.

Vale ressaltar que, como já apresentado e discutido (Seção 6.1.4. e 6.1.5.), do total de 99 encaminhamentos que chegam ao CAPSi 23 se referem a queixas escolares, desses 23 encaminhamentos de queixa escolar, 5 são diretamente oriundos da escola, o que perfaz aproximadamente 25% dos casos.

A análise das falas dos profissionais de saúde produzidas a partir do estímulo "quais são as relações que o CAPSi tem com as escolas para o atendimento das queixas escolares" permitiu a construção ou identificação de duas grandes categorias: ***Apreciação e Ações.***

A primeira, **Apreciação,** refere-se essencialmente a apreensão por parte dos profissionais do que se pode considerar como princípios ou valores que, hegemonicamente, definem e orientam as ações concretas que a escola desenvolve em relação aos alunos ou pelos menos em relação a alguns alunos. Tais valores ou princípios irão, igualmente, ser apreciados como um artefato, a partir do qual a escola compreende a função e os objetivos do CAPSi. De modo reflexivo, as relações da escola com o CAPSi representariam, dado seu conteúdo, a percepção da escola sobre suas próprias funções e tarefas. Consequentemente, a apreciação envolveria uma relação de mão única, a saber, a compreensão das motivações da escola ao se dirigir ao CAPSi.

A segunda, **Ações**, encobre toda a gama de relações de mão dupla, do CAPSi em relação à Escola, do CAPSi em relação aos usuários. Trata-se, de uma categoria sob a qual se abrigam as atitudes concretas tomadas em relação aos usuários e/ou as queixas que o acompanham.

Quadro 19. Relações do CAPSi Mauá com as escolas. 2016

Estímulo indutor	Categoria	Categoria
Quais são as relações que o CAPSi tem com as escolas para o atendimento das queixas escolares?	**Apreciação**	**Ações**
Eu acho que a gente tem conseguido... até que ter um relacionamento aceitável com a escola assim...	Relacionamento aceitável e colaborativo	
. ...tem conseguido conversar;		Construção de canal de comunicação positivo.
... a gente faz visitas em algumas escolas... de educação infantil... do estado. A gente fez... *Eu quase não tenho feito porque no dia que o carro tá eu não estou... então.* *Mas eu discuto o caso antes... e quem vai sempre me conta como foi,*		Visitas e discussões dos casos
Mas acho que tem-se estabelecido uma relação de tentativa de parceria...		
Tem escolas mais parceiras... outras menos. Mas acho que dá prá fazer uma parceria. (Voz 01)	Parcerias Parcerias possíveis em diferentes graus	
Então... a gente faz assim, com as escolas né... sempre que eles necessitam ou a gente acha necessário. Acho que é o trabalho mais de orientação mesmo né. (Voz 02)		Orientação mutuamente acordada
Olha, há quatro anos atrás era muito difícil esta relação né?	Relação difícil no passado	
Eles achavam que... o CAPSi era só um local de produzir diagnósticos... De fazer relatórios com diagnóstico.	CAPSI visto como lugar de produção de diagnósticos e relatórios de diagnósticos	
E aos poucos, nesses últimos quatro anos, com essa coisa da gente tá mais próximo,	Relação positiva gradativa	
de tentar estas conversas, fazer essas reuniões, chamar a rede né?...		Proximidade, conversas, reuniões
De atendimento no território e tudo mais, isso melhorou bastante, mas eu acho que ainda tem muito a ser feito.	Melhoria na relação, ainda com dificuldades (resistências)	
Ainda existe aí... ainda não é uma relação... uma relação totalmente próxima.		
A gente ainda tem alguns conflitos, ainda tem algumas resistências, continuam chegando crianças orientadas pelo diretor, coordenador pedagógico, pelo professor de que eles têm que vir aqui buscar este papel com o diagnóstico. (Voz 03)	CAPSI visto como lugar de produção de diagnósticos e relatórios de diagnósticos.	

A gente já se propôs a apresentar o que é o CAPSi nas escolas... *Então, acho... a gente... a gente se propõe a ter conversa... [...] no sentido de orientar. ...* *Já fui em reuniões em escola né? Com uma junta de professores, assim... por conta de um aluno e a gente tenta minimizar algumas questões que ficam mal-entendidas né?* *Mas a escola tem que tomar a atitude dela... que às vezes a escola se perde,* *Acha que tem que mandar prá cá uma solicitação de punição prá criança, como se a gente tivesse esse poder. (Voz 04)*	A escola como lugar de demissão de seu papel. A escola como espaço punitivo vicariante	Apresentação do CAPSi nas escolas. Ouvir/Conversar, orientar Reuniões esclarecedoras na escola, com professores tendo o aluno como foco de interesse
Nós procuramos bastante né, quando a gente precisa discutir um caso com a escola a gente tem esse... hábito de procurar. *Mas as escolas em si, fazem pouco contato com a gente, fazem mais contato através de relatório.* *Eles pedem relatório, pedem laudo, eles pedem o que precisa prá se respaldar em relação a... ao não aprendizado da criança.* *Então olha, eu tenho aqui um laudo de que essa criança não aprende por isso né?* *E a gente procura não atender essa solicitação prá não estigmatizar esta criança né?* *O nosso contato... o nosso contato com a escola, a gente tenta se aproximar mais deles do que eles da gente.* (Voz 05)	A Escola não escuta o CAPSi, não entra "em contato com o CAPSI. Assimetrias relacionais. Assimetrias relacionais. Procura ativa do CAPSi	Procura ativa (CAPSi vai à escola) CAPSI procurado como lugar de produção de diagnósticos e relatórios de diagnósticos para respaldar o não aprendizado. Não atendimento de demandas da escola. Não estigmatização.
Acho que é uma troca de saberes né? Uma troca de informações. *Tem coisas do caso que a gente não vai saber aqui, porque aqui não aparece, só vai aparecer na escola e que ai vai trazer uma luz aos outros pontos daqui né[...] Eu acho que é proveitosa. (Voz 06)*		Troca de saberes, construção conjunta.
É... variável. Existem escolas, poucas... aqui em Mauá devo dizer, que assim, são, às vezes, parceiras. *Mas a grande maioria das escolas, eles querem na verdade... vou usar um termo muito chato, mas é empurrar o problema né.* *E eu acho isso muito desagradável quando a gente vê crianças empurradas né, para que nós é que tratemos destes problemas que tão acontecendo lá né.* *Muitas vezes, existem os pedidos assim... tire esta criança da escola, gostariam que um médico assinasse prá que essa criança não voltasse prá lá né e a gente vê que não é esse o nosso papel.* *Então, muitas vezes, são escolas que não querer discutir o caso dessas crianças, simplesmente, eles*	Não homogeneidade das escolas O CAPSi como repositório de problemas da escola. O CAPSi como repositório de problemas da escola	. Não atendimento da solicitação de diagnóstico. (Proteção da criança)

querem livrar-se dos problemas. (Voz 07)		
Eu vejo que é uma relação boa *Porque o serviço se propõe ouvir a escola, se propõe a conversar, pensar propostas juntas né... para aquela criança ou aquele adolescente que esteja apresentando algum problema.* *A gente faz muitas reuniões em rede para discutir... envolve pessoas que estão no meio dessa criança, a família, a escola, os serviços que atendem essa criança. Então, é feito, assim... acho que um contorno muito bom pelo CAPSi* *e a gente tem uma boa comunicação com as escolas né!* (Voz 08)	Relação positiva com a escola Boa comunicação com a escola	Escuta da escola Elaborar propostas conjuntas Reuniões e atendimentos de tipo psicossocial, comunitário.
Recentemente fui fazer observação numa escola pra ver... o que que a escola estava dizendo a respeito daquela criança e era bem procedente mesmo, era uma criança com TDAH. [...] vai tentando construir em conjunto. (Voz 09).		Observação NA escola

A partir das Categorias gerais **Apreciação e Ações**, foram ordenadas, tendo em vistas as diferentes falas ou vozes, subcategorias, a saber.

Para a categoria **Apreciação** se encontram quatro (04) subcategorias:

- Relacionamento CAPSi-ESCOLA:
  - Difícil;
  - Colaborativo;
  - Assimétrico.

- Parcerias.

- A visão do CAPSi a respeito da visão que Escola teria do CAPSi:
  - O CAPSi como lugar de produção de relatórios diagnósticos;
  - O CAPSi como lugar de produção de punição vicariante

- A Escola vista pelo CAPSi.

Para a categoria **Ações** foram construídas duas (02) subcategorias:

- Canal de comunicação:
  - Construção de canais de comunicação;
  - Busca e iniciativas ativas do CAPSi;
  - Assimetria na comunicação;
  - Troca de saberes;
  - Escuta **DA** escola.

- Estratégias clínicas:
  - Apresentação do CAPSi **NA** e **PARA** a Escola
  - Conversas, reuniões, visitas e discussões
  - Reuniões de tipo comunitário
  - Orientação mutuamente acordada
  - Observação **NA** escola
  - Recusa de atendimento

Quadro 20 – Categorias: Apreciação e Ações. CAPSi Mauá, 2016.

RELAÇÕES DO CAPSi com as ESCOLAS para o ATENDIMENTO DAS QUEIXAS ESCOLARES	APRECIAÇÃO	Relacionamento CAPSi-ESCOLA	○ Difícil ○ Colaborativo ○ Assimétrico
		Parcerias	
		A visão do CAPSi a respeito da visão que Escola teria do CAPSi	○ O CAPSi como lugar de produção de relatórios diagnósticos. ○ O CAPSi como repositório dos problemas da escola. ○ O CAPSi como lugar de produção de punição vicariante.
		A Escola vista pelo CAPSi.	
	ÇÕES	Canal de comunicação	○ Construção de canais de comunicação. ○ Busca e iniciativas ativas do CAPSi. ○ Assimetria na comunicação. ○ Troca de saberes ○ Escuta DA escola.
		Estratégias clínicas	○ Apresentação do CAPSi NA e PARA a Escola. ○ Conversas, reuniões, visitas e discussões. ○ Reuniões de tipo comunitário. ○ Orientação mutuamente acordada. ○ Observação NA escola. ○ Recusa de atendimento.

Categoria: **Apreciação.**

Subcategoria: **Relacionamento CAPSi-escola:**

- Relacionamento difícil.

A representação da apreciação que os profissionais do CAPSi têm das relações do CAPSi com as escolas para o atendimento das queixas escolares se distribui basicamente em três aspectos em que a questão da historicidade se impõe. Há uma consciência bastante aguçada da importância das transformações que ocorreram nas relações saúde mental-educação. Tal como pode se observar, a partir do registro da fala dos profissionais, parece terem sido, no passado recente, patente as dificuldades de relacionamento, a saber, dificuldades no estabelecimento e desenvolvimento de ações entre escola e CAPSi.

> *Olha, há quatro anos atrás era muito difícil esta relação né?* (Voz 03).

Seria importante assinalar que no Município houve transformações importantes na filosofia e na condução da gestão em saúde mental. A partir de 2013, houve uma reconstrução da rede de serviços de saúde com ampliação de equipes e profissionais em diversos locais, como na Atenção Básica e no CAPSi por meio de contratação de profissionais e aumento do horário de funcionamento dos serviços. Formação de parcerias intersetoriais e pactuação com a rede de atenção psicossocial. O CAPSi passou a ser organizado em miniequipes a partir da divisão por territórios, com reuniões sistemáticas e supervisão clínico institucional. (DELFINI, 2016)

- Relacionamento colaborativo.

No rastro das transformações ocorridas no Município alcançou-se uma relação considerada amiúde como positiva.

> *Eu vejo que é uma relação boa* (Voz 08)

> *Eu acho que a gente tem conseguido... até que ter um relacionamento aceitável com a escola assim...* (Voz 01)

> *E aos poucos, nesses últimos quatro anos, com essa coisa da gente tá mais próximo.* (Voz 04)

Parece que os avanços obtidos no nível da ação real, em que a vontade política e o compromisso com as políticas no nível microssocial desempenham um papel de primeira importância, vão pouco a pouco transformando certas REPRESENTAÇÕES, em particular aquelas que tendem fixar as relações entre a Escola e a Saúde Mental como um campo de embates irredutíveis. Contudo, há de se olhar com cuidado esse processo de avanço evitando assim um entusiasmo cuja coloração reluzente depende muito mais de vieses ideológicos do que de uma observação da realidade.

> *Ainda existe aí... ainda não é uma relação.....uma relação totalmente próxima.* (Voz 03)

Mesmo quando se é mais otimista, deve-se entender que, do lado da Educação, não se trata de um fenômeno homogêneo ou generalizável, tendo em conta a opinião, isto é, a representação dos profissionais do CAPSi e que talvez não seja nem mesmo majoritário. Em suma, parece que o tempo dos relacionamentos mais ásperos entre esses dois espaços, o da educação e da saúde mental, vão ficando para trás na medida em que atitudes concretas vão pavimentando o caminho que os conecta ainda que cheio de percalços.

- Relacionamento assimétrico.

A despeito do que se pôde extrair e tipificar como tendências atuais do relacionamento do CAPSi com a Escola no município estudado, tem-se como ponto importante a consideração, do ponto de vista dos profissionais do CAPSi, de que as iniciativas de relacionamento positivo são, sobretudo, de iniciativa e autoria dos CAPSi e não da Escola. Há um fluxo cuja direção é definida pelo sentido que vai do CAPSi à Escola, não havendo quase nunca reciprocidade.

> *O nosso contato... o nosso contato com a escola, a gente tenta se aproximar mais deles do que eles da gente.* (Voz 05)

Quando se fazem referências as ações ficam evidentes que as demandas ou os fluxos que vão da Escola ao CAPSi se dão sob termos bastantes problemáticos como se observará adiante.

> *Mas as escolas em si, fazem pouco contato com a gente, fazem mais contato através de relatório.* (Voz 05)

Subcategoria: **Parcerias.**

Parceria é o grau mínimo de pactuação, o nível inferior e primário da construção de rede e da intersetorialidade. Olhar para a qualidade e a quantidade de parcerias no interior de um território nos permite aquilatar sua densidade social e o dinamismo das interações reticulares, assim as falas sobre parcerias entre CAPSi e Escola parecem reafirmar o que se extraiu até esse momento da compreensão da apreciação que se tem da escola em relação ao CAPSi. Essas falas reiteram a ideia de um início de parcerias, entendidas como interação em ato da escola com o CAPSI. O início de um processo de transformação nos hábitos institucionais desses dois campos.

> *Mas acho que tem-se estabelecido uma relação de tentativa de parceria* (Voz 01)

Interessante observar o termo *tentativa* que fornece a dimensão desse processo seminal, que, por outro lado, há também, de modo seguro, a ideia de que esse processo de parceria ainda é lacunar ou rarefeito.

> *...tem escolas mais parceiras, outras menos, mas acho que dá para fazer uma parceria* (Voz 01)

> *É... variável. Existem escolas, poucas... aqui em Mauá devo dizer, que assim, são, às vezes, parceiras.* (Voz 07)

Subcategoria: **A visão do CAPSi a respeito da visão que a Escola teria do CAPSi:**

A aparente redundância do título do subtema em pauta tem por intenção a reafirmação da ideia, presente na definição do objetivo da investigação, de que se trata de um estudo de representação. Esse cuidado se prende ao fato de que deve ficar bem evidenciado que a investigação pautou-se nas falas dos profissionais, consequentemente em suas ideias acerca das ações e não no estudo das ações em si.

- CAPSi com lugar de produção de relatórios diagnósticos:

Chama a atenção de imediato as considerações acerca da visão da escola sobre o CAPSi, essas são reportadas há um tempo pretérito ainda que relativamente recente.

> *...Eles* (a escola) *acham que o... CAPSi era só um local de produzir diagnósticos...De fazer relatório com diagnóstico*. (Voz 03).

Para melhor contextualizar é importante dizer que essa fala se reporta ao que acontecia quatro (04) anos antes de 2015.

Contudo, a seguir, observa-se que, se alguma mudança houve, há persistência (em todo caso do ponto de vista dos profissionais) de uma concepção do CAPSi pela escola de que esse seja um lugar de produção de diagnóstico. E pior. Não se trata de produção de diagnóstico para fins de orientação de tratamento, mas para fins aparentemente burocráticos ou para instrumentalização de um diagnóstico para fins não relacionados com a clínica psicológica uma vez que se desconhece o destino do documento produzido. Trata-se de um relacionamento propriamente alienante, no qual o sujeito se faz "outro" e que o trabalho produzido (de diagnóstico) é apropriado por uma instância estranha ao processo produtivo (clínico) fragmentando-o e tornando-o irreconhecível.

> *A gente ainda tem alguns conflitos, ainda tem algumas resistências, continuam chegando crianças orientadas pelo diretor, coordenador pedagógico, pelo professor de que eles têm que vir aqui buscar este papel com o diagnóstico.* (Voz 03).

Em resumo, o que se depreende é que a Escola utiliza-se do CAPSi de maneira instrumental e o entende como instância destinada dar algum tipo de aval de natureza psicológica para as ações de natureza pedagógica no interior da escola. Essa visão ou compreensão que a Escola teria do papel a ser desempenhado pelo CAPSi esteia no fato de que a Escola não assume plenamente seu próprio papel.

- O CAPSi como repositório dos problemas da Escola.

Por não assumir plenamente suas próprias funções, a escola veria o CAPSi como um lugar adrede estabelecido para que se possa nele projetar aquilo que ela própria percebe como desejado em seu seio. Mas não se trata de mera exclusão que se poderia obter por outros tantos meios, mas de um lugar externo que ao encerrar o aluno o controla ao mesmo tempo. Os psicanalistas têm para si um conceito que pode ser bastante útil quando empregado nesse contexto: a identificação projetiva.

Mas a grande maioria das escolas, eles querem na verdade... vou usar um termo muito chato, mas é empurrar o problema né.

E eu acho isso muito desagradável quando a gente vê crianças empurradas né, para que nós é que tratemos destes problemas que tão acontecendo lá né.

Muitas vezes, existem os pedidos assim... tire esta criança da escola, gostariam que um médico assinasse prá que essa criança não voltasse prá lá né e a gente vê que não é esse o nosso papel.

Então, muitas vezes, são escolas que não querer discutir o caso dessas crianças, simplesmente, eles querem livrar-se dos problemas. (Voz 07)

- CAPSi como lugar de produção de punição vicariante:

Parece que na escola há, senão predomínio, pelo menos presença inercial de uma concepção anterior a toda Reforma Psiquiátrica de acordo com a qual as instituições de saúde mental são instituições totais em que por meios corretivos, embasados em princípios da doutrina médico-psicológica, intenta-se punir os desvios julgados fora da norma.

... Acha que tem que mandar prá cá uma solicitação de punição prá criança, como se a gente tivesse esse poder. (Voz 04).

Encontrando eco na demissão de parcela de sua responsabilidade, a escola vê, assim, o CAPSi como instância delegada ou vicariante para agir de modo que ela, por circunstâncias sócio-jurídicas, se vê impedida de realizar.

Subcategoria: **A Escola vista pelo CAPSi:**

Aqui não se trata de elucidar como a função, o lugar e as atribuições do CAPSi poderiam ser vistos pela escola, mas, sim, como a escola é vista pelo CAPSi. Os profissionais têm assinalado um importante progresso nas relações existentes entre o CAPSi e a Escola. Mas mesmo assim parece haver uma percepção da Escola, por parte dos profissionais do CAPSi condicionada, evidentemente, às relações entretidas por essas duas instituições, de acordo com a qual a Escola não assume a integralidade de suas responsabilidades para com todas as crianças que estão sob seus cuidados e atenção.

Então, muitas vezes, são escolas que não querem discutir o caso dessas crianças, simplesmente, eles querem livrar-se dos problemas. (Voz 07)

... Mas a escola tem que tomar a atitude dela... Que, às vezes, a escola se perde... (Voz 04)

Categoria: **Ações.**

Subcategoria: **Canal de comunicação.**

- Construção de canais de comunicação:

Sob este aspecto, canais de comunicação, os profissionais indicam que estes ocorrem sob o formato de visitas e discussão de casos, em meio aos encontros dos profissionais do CAPSi com a Escola.

Tem conseguido conversar. [...] a gente faz visitas em algumas escolas... de educação infantil... do estado. (Voz 01)

- Busca e iniciativas ativas do CAPSi:

Consideramos que a busca e iniciativas do CAPSi, segundo as falas dos profissionais do serviço, ocorrem de acordo com a necessidade que um determinado caso exige. E até usam o termo *bastante* para dar uma ideia de como essa busca e iniciativas acontecem. Fica evidente uma inversão patente nos serviços de saúde. A posição de organizador da rede, assumida pelo CAPSi, o faz protagonista nas ações. Em outros termos, não é tanto a escola que vai ao encontro do CAPSi, mas é o CAPSi que procura a escola no sentido de apreender o contexto e a problemático da queixa e do sujeito nela envolvido. Trata-se, provavelmente, de uma inversão, facultada pelas transformações históricas e institucionais, da relação até recentemente existente entre a escola e a saúde mental que se definia de modo passivo em relação aos desacertos da escola.

Nós procuramos bastante né, quando a gente precisa discutir um caso com a escola a gente tem esse... hábito de procurar. (Voz 05)

- Assimetria na comunicação:

As falas dos profissionais, quando tratam deste tema, tornam aparente certo tipo de tensão ante as expectativas do CAPSi e as da Escola. Essa tensão pode estar pautada sob o foco da produção de um laudo diagnósticos. Os profissionais falam que, em certa medida, a escola se comunica com o CAPSi em meio ao envio de relatórios dos alunos para o serviço. A discrepância de expectativas e de ações trazem a margem as, já discutidas, condições que podem concorrer para o aparecimento das situações de fracasso do escolar, abandono da escola e estigmatização dos sujeitos. Outro aspecto diz respeito ao, também já discutidos ao longo do estudo, possível respaldo que a Escola necessita para validar que, o não aprendizado do aluno, em nada se relaciona com os processos pedagógicos da Escola.

> *Mas as escolas em si, fazem pouco contato com a gente, fazem mais contato através de relatório.*
> *Eles pedem relatório, pedem laudo, eles pedem o que precisa prá se respaldar em relação a... ao não aprendizado da criança.*
> *E a gente procura não atender essa solicitação prá não estigmatizar esta criança né?* (Voz 05)

- Troca de saberes:

As trocas de saberes, segundo as falas dos profissionais do CAPSi, ocorrem quando estes (profissionais) conversam com a Escola para deixarem clara alguma situação que não ficou muito clara para o serviço. Indicam que essa relação para eles é bastante benéfica. As ações definidas como troca de saberes indicam uma vontade ou decisão em prol de um trabalho conjunto sem territórios operacionais definidos a priori. Trata-se de ações que caracterizam uma clínica em rede e, consequentemente, multidisciplinar.

> *Acho que é uma troca de saberes né? Uma troca de informações. Tem coisas do caso que a gente não vai saber aqui, porque aqui não aparece, só vai aparecer na escola e que ai vai trazer uma luz aos outros pontos daqui né[...] Eu acho que é proveitosa. (Voz 06)*

- Escuta **DA** escola.

A escuta da Escola por parte dos profissionais do CAPSi, segundo suas falas, indica que, em dadas condições, não é somente a queixa escolar que é acolhida pelo serviço de saúde mental nem sequer que as demandas são triadas e classificadas de modo categórico. Essa escuta é oferecida para a escola e que a conversa entre eles poderá contribuir para que

se pensem em ações conjuntas entre eles, assim o envolvimento do CAPSi com a Escola no caso desse usuário/aluno.

Porque o serviço se propõe ouvir a escola, se propõe a conversar, pensar propostas juntas né... para aquela criança ou aquele adolescente que esteja apresentando algum problema. (Voz 08)

Subcategoria: **Estratégias clínicas.**

- Apresentação do CAPSi **NA** e **PARA** a Escola:

Os profissionais do CAPSi referem em suas falas que buscam, em certas situações, apresentar o que é o serviço CAPSi, ou ainda, participar de reuniões no interior da Escola, junto aos professores, para tratarem de questões que não ficaram bem entendidas.

A gente já se propôs a apresentar o que é o CAPSi nas escolas...
Já fui em reuniões em escola né? Com uma junta de professores, assim... por conta de um aluno e a gente tenta minimizar algumas questões que ficam mal-entendidas... né? (Voz 04)

- Reuniões de tipo comunitário:

Acerca desse tópico os profissionais indicam em suas falas que buscam promover reuniões, conversas com a rede e/ou pessoas que tenham alguma relação com o caso de um usuário/aluno. Nesse sentido envolvem a rede, como já descrito, família, escola e os demais serviços que atendem o caso.

A gente faz muitas reuniões em rede para discutir... envolve pessoas que estão no meio dessa criança, a família, a escola, os serviços que atendem essa criança. Então, é feito, assim... acho que um contorno muito bom pelo CAPSi. (Voz 08)

Rompem-se, por dessas ações acima descritas, o encastelamento e o narcisismo das transparências de acordo com qual cabe ao outro saber o que a instituição pensa e faz sem necessidade de se produzir uma fala para ser escutadas, compreendida e debatida. Desse modo, em vez de se "estigmatizar a escola que estigmatiza" o aluno em dificuldade (caracterizando-a, simples e comodamente, como por exemplo, o lugar do atraso) tais ações procuram resolver o impasse. Em outros termos, essas ações indicam que em lugar de se portar simplesmente um julgamento de valor, trata-se de agir para dissolver as estigmatizações. Em outros, termos, alguns encaminhamentos de queixa escolares são

tratados como sintomas da escola passíveis de serem adequadamente trabalhados no detalhe do cotidiano.

- Orientação mutuamente acordada:

Nesse item, as falas dos profissionais indicam que estão, a todo momento, abertos para entrar em contato com a Escola ou recebem o contato dela. Mas, como já discutido, anteriormente, o CAPSi tem diferentes expectativas, em relação a Escola, desses contatos, já que, conforme nos indicam em suas falas, a Escola busca o contato e/ou resposta de modo mais procedimental do serviço para a explicação dos motivos das queixas escolares do usuário/aluno. Já o CAPSi tem por princípios, entre tantos já abordados, de entender e orientar, primeiramente, quais são os componentes que observa diante de cada um dos casos e, a partir daí, buscar a construção de estratégias para o acompanhamento e a evolução do caso.

Então... a gente faz assim, com as escolas né... sempre que eles necessitam ou a gente acha necessário. Acho que é o trabalho mais de orientação mesmo né. (Voz 02)

- Observação NA escola:

O subtema *observação na escola*, extraída da subcategoria *Estratégias Clínicas,* apareceu, a partir do momento que as falas dos professores indicaram que eles buscam, in lócus, observar os usuários/alunos dentro do seu ambiente de convívio, ou seja, a escola. E, disso não nos pareceu, em boa medida, que a ida de um profissional do CAPSi reiterar e/ou certificar-se da veracidade do que a escola transmitiu para o serviço sobre determinado caso, mas sim no sentido de abrir uma nova frente de ação e, assim construir junto com a Escola maneiras para o atendimento de um referido caso.

Recentemente fui fazer observação numa escola pra ver... o que que a escola tava dizendo a respeito daquela criança e era bem procedente mesmo, era uma criança com TDAH. [...] vai tentando construir em conjunto. (Voz 09).

- Recusa de atendimento:

Segundo as falas dos profissionais existem determinadas situações que a Escola propõe ao CAPSi que batem de frente, em grande medida, com as orientações, diretrizes e

formas de atuação que norteiam as ações deste no serviço. Os profissionais indicam em suas falas que uma dessas situações diz respeito ao posicionamento que a Escola assume diante do CAPSi e que se refere a busca/produção de, um eventual, laudo diagnóstico para que a Escola possa ter um instrumento, validado por uma instituição especializada, que poderá ser utilizado para impedir/afastar o usuário/aluno de frequentar a escola. Cabe ressaltar que não se trata da recusa, pura e simples, desta ação, mas sim de um posicionamento que garante a este sujeito proteção perante ação, considerada violenta, que a Escola possa tomar contra seu aluno. Esta atitude da Escola, dentro de seus domínios, pode ser entendida como uma atitude necessária e decisiva para pôr fim a uma situação de incômodo e/ou desconforto, mas prejudicial, em grande medida, para quem recebe este impedimento. O que é importante assinalar, como exercício de força do CAPSi, é a firme decisão no sentido de estabelecer uma AÇÃO NEGATIVA em prol da criança supostamente capaz de desmontar os mecanismos escolares produtores de um determinado tipo inadequado de demanda. O CAPSi se posicionando como promotor de saúde mental se define ativamente capaz de dialetizar suas relações com a escolar a partir das demandas escolares. Novamente, não se trata da negação, pura e simples, do atendimento da solicitação da escola, mas sim que esta (escola) possa ter garantido o espaço para discutir os motivos pelo qual intenta o cumprimento de tal atitude. Assim, como o CAPSi irá apresentar os seus argumentos da, inicial, recusa.

> *Muitas vezes, existem os pedidos assim... tire esta criança da escola, gostariam que um médico assinasse prá que essa criança não voltasse prá lá né e a gente vê que não é esse o nosso papel...*
>
> *Então, muitas vezes, são escolas que não querem discutir o caso dessas crianças, simplesmente, eles querem livrar-se dos problemas.* (Voz 07)

6.3.2 Relações entre o CAPSi e outros serviços para o atendimento das queixas escolares.

Nesta seção visamos conhecer como são estabelecidas as relações entre o CAPSi e outros serviços para atenderem as queixas escolares sob a ótica dos profissionais deste serviço. Lembramos que o total de encaminhamentos por queixas escolares que chegam ao CAPSi são 23 casos (aproximadamente 25%) e que destes 14 encaminhamentos são em razão das queixas escolares oriundos dos outros serviços da rede de saúde (11 da rede pública e 03 da privada). O que perfaz 60% dos encaminhamentos por queixas escolares. (Seção 6.1.4. e 6.1.5.).

A análise das falas dos profissionais de saúde produzidas a partir do estímulo "quais são as relações que o CAPSi tem com os outros serviços para o atendimento das queixas escolares" em primeira análise possibilitou observar, ante as falas dos profissionais, que o estabelecimento dessas relações é modulado mediante ao tema central: *relações estabelecidas*, a saber: discussão dos casos (*parcerias/encontros*); *discussão de casos (encontros/parcerias); relações informais* (de profissional para profissional); *semelhança entre tratamento:* escola e outros setores*; discussões sobre as demandas* (matriciamento); *fortalecimento das relações em meio às trocas sobre os casos* (matriciamento)*; vulnerabilidade dos serviços; trabalho fragmentado* (Pouco envolvimento dos serviços); *envolvimento da rede:* CAPSi x outros serviços.

Estas justapostas permitiram a obtenção das categorias *Ações*, a saber: *reunião, busca ativa, orientação, integração entre os serviços,*

Quadro 21 – Relações do CAPSi com outros serviços da rede de Mauá. 2016

Estímulo indutor	Tema central	Categoria
Quais são as relações que o CAPSi tem com os outros serviços para o atendimento das queixas escolares	**Relações**	**Ações**
Vai-se tentando fazer reunião e parceria também... [...] Vamos discutir os casos. Discutir caso a caso. (Voz 01);	Discussão de casos (Parcerias/encontros)	Reunião
Então... A gente, também mantém se há necessidade de reunião... de discutir um caso... de falar sobre o caso... de falar sobre o caso a gente também acaba discutindo fazendo essas reuniões... às vezes, mensais. (Voz 02);	Discussão de casos (Encontros/parcerias)	Reunião
Então, aqui no município é algo que está construindo... [...] então, hoje na rede que atende essa população, ou deveria atender é a UBS. Só que a gente sabe que a UBS também não vai dar conta disso né? ... porque ela tem várias outras coisas. Então a gente depende muito de profissional prá profissional... dependendo do profissional... da equipe que tá lá naquela unidade de saúde, até tem algum atendimento, alguma coisa voltada prá isso que eles conseguem dar uma atenção, mas a grande maioria não atende. (Voz 03)	Relações informais (De profissional para profissional)	Busca ativa
É bem parecido, acho que no sentido, principalmente, de orientar os outros profissionais, porque isso é cultural... isso é cultuado. Então, agente trata, tanto com a escola como com outros setores, no sentido de orientar... o que você percebe. É sempre parte do acolher... o outro profissional. [...] Então, a gente tá sempre pensando junto. É bem parecido (Voz 04)	Semelhança entre tratamento: escola e outros setores	Orientação
A gente trabalha das reuniões de matriciamento né... essas questões que chegam que não são demanda prá ficarem no CAPSi. Então, quando precisa discutir um caso com o CER, ou com as escolas, ou com a Unidade Básica de Saúde né... (Voz 05)	Discussão sobre as demandas (Matriciamento)	Reunião
Acho que... assim, né? O matriciamento... a relação com os outros serviços tem fortalecido... [...] acho que... tem tido uma boa relação com a maioria dos serviços *... e tem... tem-se trocado bastante sobre os casos e tem coisas que o CAPSi não consegue fazer... o alcance do CAPSi não vai... e que a UBS... algumas UBSs, tem conseguido fazer esse contato. (Voz 06)*	Relação fortalecida (Matriciamento) Boa relação Trocas sobre os casos)	Integração entre os serviços
Então, também não é uma relação muito adequada, no meu ponto de vista né? Eu vejo assim, a parte social da cidade é uma parte bastante comprometida. Eu vejo os órgãos sociais bem vulneráveis e sem grandes ações. (Voz 07)	Vulnerabilidade dos serviços	Integração entre os serviços
Às vezes da impressão que os outros serviços, assim não se envolvem tanto como o CAPSi. *Às vezes parece que o CAPSi quer meio que... ele acaba, meio, que assumindo tudo então.* *Às vezes a assistência precisa entrar, o conselho, o CREAS né... e acaba meio que cada um faz a sua parte e ninguém faz nada né? (risos).* *Então é assim, tem... tem momentos que a gente consegue envolver a rede sim e consegue fazer coisas bem interessantes de acompanhamento familiar do paciente, mas em muitos outros casos ainda falta muito para se fazer... ainda precisa construir mais a rede né... unir um pouco mais as redes...* *é... os serviços não trabalhar fragmentado porque o ser humano não é fragmentado né (risos). Tudo que... que tem na vida dele... tem que ser envolvido. Não dá para ser só saúde, só assistência, só educação né? Tem que ser uma integração entre todos esses serviços.* (Voz 08)	Trabalho fragmentado (Pouco envolvimento dos serviços – experiências de ações pontuais)	Integração entre os serviços
Dependendo do caso, a gente envolve todos os outros serviços da rede. Envolve o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), envolve o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). A gente já teve aproximação com a cultura né? A gente vai tentando outros serviços da rede, mas geralmente assim, se você ver no todo, pelas experiências que eu tive que eu vou puxando pela memória fica escola-saúde... saúde-escola, às vezes, o Conselho tutelar, você aciona... (Voz 09)	Envolvimento da rede (CAPSi x outros serviços)	Busca ativa

Observamos que para cada relação estabelecida se mostra necessária à efetivação de alguma ação/rotina para a condução de cada caso. Assim, como já discutido anteriormente, pelas falas dos profissionais sobre as ações desenvolvidas pelo CAPSi para atenderem as queixas escolares (seção 6.3), as relações que são propostas pelo CAPSi a outros serviços, para o atendimento das queixas escolares, compõem um rol de alternativas (ações) que são/seriam empregadas para qualquer tipo de queixa/caso que necessitassem do emprego de iniciativas semelhantes (parcerias, discussões, reuniões de matriciamento, busca pela integração dos serviços e envolvimento da rede).

> *Então, a gente trata tanto com a escola como com os outros setores, no sentido de orientar... o que que você percebe. É sempre parte do acolher... o outro profissional.* (Voz 04)

Os temas centrais: *Discussão de casos* (parcerias), *Discussão de casos* (encontros) e *Discussão sobre as demandas* (matriciamento) nos indicaram a construção da categoria *Ações*: *Reunião, busca ativa, orientação e integração entre os serviços.*

- **Reunião:**

As falas dos profissionais indicam que a efetivação das relações conjura para que ações se estruturem e se fortaleçam no que diz respeito aos processos de trabalho que são adotados pelo CAPSi para estabelecerem contato com os outros serviços. De modo específico os profissionais citam, como parte dos processos de trabalho, as reuniões para a discussão e orientação de casos. As reuniões descritas, de modo geral, caminham no sentido de promover as trocas de informações entre os diversos atores envolvidos com o caso em meio às parcerias/encontros e/ou encontros/parcerias, ou seja, as discussões dos casos acontecem à medida que os profissionais observem esta necessidade para a condução de cada um dos casos.

As falas dos profissionais nos indicaram que as reuniões para a discussão acerca das demandas que chegam ao CAPSi operam sob o modelo das reuniões de matriciamento. As reuniões de matriciamento ou de apoio matricial é um modo de construção coletiva de saberes pelo qual as ações de saúde envolvem duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criando estratégias e, posteriormente, as propostas de intervenção pedagógico-terapêutica atuando, de modo norteador e colaborativo, para a estruturação das ações entre a saúde mental e atenção primária e os demais serviços da rede (CHIAVERINI, 2011, BRASIL, 2014).

Os temas centrais: *Relações informais* (De profissional para profissional). *Envolvimento da rede* (CAPSi x outros serviços) nos permitiu construir a categoria *Ação:*

- **Busca ativa:**

Esta ação diz respeito a certa mobilização, referida pelos profissionais do CAPSi, no sentido de buscarem, junto a outros profissionais, opções e/ou possibilidades para o atendimento e atenção de um determinado caso quando algum serviço não consegue dar conta da evolução deste. Este contato nos parece acontecer, por vezes, de modo informal sob a luz do contato pessoal de profissional para profissional e/ou de equipe para equipe. O termo *acionar*, descrito pelos profissionais, nos dá a dimensão para algo que é, ou possa ser, feito com a intenção de que algo se realize que seja posto em prática.

> *Então, aqui... então a gente depende muito de profissional prá profissional... dependendo do profissional... da equipe que tá lá naquela unidade de saúde, até tem algum atendimento, alguma coisa voltada prá isso que eles conseguem dar uma atenção, mas a grande maioria não atende.* (Voz 03)

> *Dependendo do caso, a gente envolve todos os outros serviços da rede. Envolve o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), envolve o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). A gente já teve aproximação com a cultura né? ...* (Voz 09)

O tema centra: *Semelhança entre tratamento: escola e outros setores* nos permitiram construir a categoria *Ação*:

- **Orientação:**

Podemos observar, perante as falas dos profissionais, que o ato referido de *orientar os outros profissionais,* pode indicar certo grau de capacidade ou de condições para fazer algo que outro não saiba ou que não tenha condições para fazê-lo, bem como pela relação que pode ser estabelecida para acolher o outro profissional para que, em conjunto possam pensar acerca de um determinado caso e, cada um dentro do seu lugar, possa atuar em consonância.

> *É bem parecido, acho que no sentido, principalmente, de orientar os outros profissionais, porque isso é cultural... isso é cultuado. Então, a gente trata, tanto com a escola como com outros setores, no sentido de orientar... o que você percebe. É sempre parte do acolher... o outro profissional. [...] Então, a gente tá sempre pensando junto. É bem parecido* (Voz 04)

Os temas centrais: *Fortalecimento das relações em meio às trocas sobre os casos* (matriciamento)*; vulnerabilidade dos serviços; trabalho fragmentado* (Pouco envolvimento entre os serviços) nos permitiu construir a categoria *Ação*:

- **Integração entre os serviços:**

Os profissionais em suas falas indicam certa ambiguidade quando se referem às relações entre o CAPSi e os outros serviços. E indicam o fortalecimento dessas relações usando o exemplo das *reuniões de matriciamento*. Apontam, também, em suas falas que tem uma boa relação ocorre com a maioria dos outros serviços. Nesse caso, o exemplo dado, reunião de matriciamento, indica a existência de situações que, quando o CAPSi não consegue dar conta da evolução de um caso, as conversas/trocas destes casos entre os profissionais, de algum modo contribuem para que o outro serviço possa suprir e/ou atender a essa solicitação.

Acho que... assim, né? O matriciamento... a relação com os outros serviços tem fortalecido... [...] acho que... tem tido uma boa relação com a maioria dos serviços. (Voz 06)

Então é assim, tem... tem momentos que a gente consegue envolver a rede sim e consegue fazer coisas bem interessantes de acompanhamento familiar do paciente... (Voz 08).

Por outro lado os profissionais comentam a existência de *setores vulnerais,* em meio à estrutura do município, ou ainda acerca de alguns serviços que não se envolve da mesma forma que o CAPSi.

Às vezes dá impressão que os outros serviços, assim não se envolvem tanto como o CAPSi. [...] Às vezes parece que o CAPSi quer meio que... ele acaba, meio, que assumindo tudo então. (Voz 08)

Eu vejo assim, a parte social da cidade é uma parte bastante comprometida. Eu vejo os órgãos sociais bem vulneráveis e sem grandes ações. (Voz 07)

Enfim, as falas dos profissionais indicam aspectos que envolvem um tipo de Trabalho fragmentado (pouco envolvimento dos serviços). As falas dos profissionais do CAPSi referem que ainda há muito a ser feito, pois as relações do CAPSi e os serviços da rede de atenção em saúde e, como já citados anteriormente, escola, serviços de assistência social e jurídica, ainda precisam investir no fortalecimento dos serviços que são pouco envolvidos, além de perceberem a necessidade da criação de locais especializados para outras formas de atenção e o cuidado para com o público infantojuvenil. (Seção 6.2.5.). E diante de ambas as condições, serviço pouco utilizado e falta de locais especializados para

atenderem as queixas escolares, ocorrem algumas situações que criam certa tensão entre estes (CAPSi e outros serviços).

> *Às vezes a assistência precisa entrar, o conselho, o CREAS né... e acaba meio que cada um faz a sua parte e ninguém faz nada né? (Risos).* (Voz 08)

> *A gente vai tentando outros serviços da rede, mas geralmente assim, se você ver no todo, pelas experiências que eu tive que eu vou puxando pela memória fica escola-saúde... saúde-escola, às vezes, o Conselho tutelar, você aciona...* (Voz 09)

Assim, de modo geral, observamos que os profissionais, em suas falas, apresentam certa consonância em suas formas de entender a relevância das relações/ações intra/intersetores, pois estas se apresentam como um terreno fértil e fecundo para a construção das estratégias que possam contribuir para o estreitamento das relações entre o CAPSi e os demais locais que atendem e cuidam de crianças e adolescentes. Entre outras coisas, vale ressaltar que, muitas das ações que hoje são entendidas como profícuas, podem ser decorrentes das novas propostas que, desde 2013, visam estreitar as relações que envolvam os serviços para a atenção e o cuidado no âmbito da saúde mental do município que, entre muitas outras iniciativas, previa também a incorporação de ações no âmbito da saúde mental pela atenção básica de saúde e o fortalecimento das ações intersetoriais (BRASI, 2004; BERTOLINO-NETO, 2015; DELFINI, 2016).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabido que a escola é lócus fundamental de inclusão e socialização da criança e do jovem. É, neste espaço que os profissionais da educação planejam, constroem e desenvolvem ações pedagógicas para a promoção do aprendizado dos alunos. Este lugar, privilegiado por contatos sociais e das interações entre os diferentes, atua de modo concreto, sequencial e objetivo cumprindo as normas curriculares, diretrizes e parâmetros para a condução dos procedimentos pedagógicos como garantia da aprendizagem e desenvolvimento dos escolares.

O que ocorre, muitas vezes, é que estes espaços de educação formalizada se deparam com situações que fogem ao que é esperado ou idealizado como adequado para ser expresso pelos alunos dentro de seus muros. As dificuldades e defasagens, cognitivas e psicossociais, que passam a ser evidentes, por variadas razões, buscam ser entendidas e/ou sanadas, em meio às iniciativas pedagógicas e disciplinares. Já, diante do que *"não se sabe lidar"* incita que os profissionais que atuam na escola se mobilizem para encontrarem uma solução para isso. E que, esse reclamo produzido entremuros da escola, efetiva a queixa escolar e, consequentemente, o encaminhamento para os serviços de saúde e/ou especializados.

Nesta pesquisa, intentando fornecer um quadro do contexto em que surgiam e circulavam as queixas escolares, se procedeu à caracterização da população infantojuvenil atendida pelo serviço no sentido da identificação sobre faixas etárias, sexo, situação escolar, fonte do encaminhamento, queixas escolares, bem como, por meio do uso entrevistas semiabertas, seguindo roteiros prévios, buscou apreender as representações dos profissionais do serviço tinham sobre as queixas escolares e quais as ações utilizadas pelo CAPSi para atendê-las.

No sentido de alcançar nosso intento, iniciamos este estudo buscando conhecer e apontar, dentro do CAPSi da cidade de Mauá/SP quais as características de seus usuários, quais os tipos de queixas que chegam ao serviço, quais são as queixas escolares encaminhadas pela escola e por outros serviços, além da procura espontânea diante das queixas escolares.

Diante do foi apresentado e proposto acima, baseados em dados obtidos em planilha eletrônica contendo os dados dos pacientes atendido no ano de 2015, foi possível considerar que existe uma grande variedade de locais, tipos e razões para os encaminhamentos de crianças e adolescentes para este serviço especializado no âmbito da saúde mental infantojuvenil. O serviço recebe usuários sob as seguintes condições, ou seja, o encaminhamento do usuário oriundo dos serviços de saúde e/ou de outro profissional da saúde, da assistência, judiciário, escola e o que é motivado pela busca espontânea. Muito dessa diversidade dos locais, tipos e motivos para a procura do serviço pode ser considerada como fruto das mudanças que visavam à reestruturação administrativa e gerencial ocorridas no município para as áreas da saúde e, especificamente, no campo da saúde mental realizadas desde o início do ano de 2013 e que, entre outras coisas, previa impactar, em certa medida, na reestruturação dos modelos de encaminhamentos dos casos de saúde mental entre os serviços da atenção básica, de reabilitação e especializados.

De modo específico, quando analisados os números de encaminhamentos advindos da escola, encontramos a porção de cinco encaminhamentos efetivados pela escola em um total de 99 encaminhamentos (5% dos casos). Porém, as queixas escolares aparecem, também, nos encaminhamentos de outros serviços de saúde e nos motivos da busca espontânea pelo CAPSi. Isso foi observado quando debruçamos na leitura de todas as queixas iniciais que foram relatadas aos profissionais e que traziam consigo termos e referências que mencionavam as dificuldades de aprendizagem/aprendizado, comportamentos considerados inadequados na escola, déficits cognitivos, transtornos neurológicos, deficiências e transtornos ou ainda por relatos que mencionavam algum impacto na vida escolar dos usuários. Assim, somados com os 18 encaminhamentos oriundos dos outros serviços de saúde e outros setores encontramos o total 23 casos envolvendo as queixas escolares, ou seja, quase ¼ dos motivos de encaminhamento para o CAPSi.

Diante disso, descrito acima, retomamos a discussão acerca das mudanças administrativas já apresentadas e discutidas ao longo desta pesquisa que, em certa medida, podem reafirmar de que muitos dos encaminhamentos das queixas escolares podem ter sido acolhidos e atendidos por outros serviços da rede de saúde e, com isso, evitado os encaminhamentos das queixas escolares de modo direto e/ou prematuro da escola para o CAPSi.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às relações entre os números de meninos e meninas atendidos pelo CAPSi, pois estes mostram a diferença de 13 sujeitos do sexo masculino (56 no total, ou seja 56%) para o sexo feminino (43 no total, ou seja 43%). Do ponto de vista dos números e proporções aparecem relações análogas com outros estudos que indicam a maior incidência de meninos atendidos no CAPSi. Sob a tutela das relações entre faixas etárias e sexo observamos a maior incidência do atendimento ao grupo - *criança/menino*. Diante disso, observamos que este grupo tem como características, consideradas como inatas, os movimentos corporais e motores mais intensos e desafiadores, e que podem influenciar uma análise exacerbada perante eventuais, *comportamentos excessivos, agressivos e descontrolados.* E que, por consequência disso e, sem dúvidas, poderiam ser classificados como *problemas de comportamento ou agitação psicomotora* que, de modo preliminar, podem ser incluídos nas categorias dos transtornos de hiperatividade e opositores desafiador conforme observado, em grande escala, a partir dos anos iniciais do século XXI.

Acerca do maior número de usuários no grupo *adolescente-menina* podemos considerar a ótica de que as meninas, historicamente, chegam mais tarde aos serviços em relação aos meninos. Isto pode concorrer para a, já citada, *invisibilidade do sofrimento psíquico da mulher.* Isso nos permite ainda somar o fato de que o período da adolescência é, significativamente, marcado, em grande monta, por contradições e por uma série de aspectos ligados à sexualidade, ausência de diálogos com os pais e com a escola, dificuldades de relacionamentos e indefinições sobre o futuro.

Quando consideramos as características dos usuários, no que tange a indicação deste pertencer a um grau/nível escolar e a frequentar a escola, temos um grande número de indicações para ambas, pois estas informações são colhidas do próprio sujeito durante a abertura do seu prontuário. Porém, o número de indicações dos usuários sobre o seu grau/nível escolar é maior que as indicações dos usuários sobre frequentarem a escola ou não. Um aspecto que pode concorrer para isso diz respeito a exigência legal de que todas as crianças e adolescentes, a partir dos seis anos de idade, estejam matriculadas e frequentando a escola. Assim, observamos que as comparações entre os números indicados, tanto para o grau/nível escolar quanto para a indicação da frequência ou não da escola, carecem de uma investigação que, a nosso ver, deveria ser colhida junto ao próprio usuário e/ou profissional que acompanha o usuário.

Vale ressaltar aqui a importância do acesso e a utilização de informações contidas em dados secundários presentes em prontuários de usuários de um serviço de saúde. E, que guardados os compromissos legais e éticos, podem contribuir, em muito, com futuras pesquisas na área da saúde.

Ao tecermos considerações acerca das representações que os profissionais do CAPSi têm acerca das queixas escolares, observamos que estes profissionais compreendem que existe a procura pela escola, por outros serviços de saúde, por outros setores e pela busca espontânea aos cuidados no campo da saúde mental. Assim, consideramos que, de modo geral, as queixas que buscam saúde mental se estabelecem, em certa medida, quando ocorrem vivências/situações que se baseiam no sofrimento tido como psicossocial/emocional e que promovem interferências na vida cotidiana desta população no plano familiar, das suas relações pessoais, escolares, sociais e do trabalho.

Observamos que os profissionais lançam mão da descrição nosográfica clássica, bem como da descrição de um conjunto de sinais e sintomas acerca de um determinado fator causal que pode concorrer para o aparecimento do sofrimento psíquico, a saber: o *fracasso escolar da criança e do adolescente, o problema mental da criança, entristecimento da criança, as dificuldades emocionais da criança e influências de âmbito familiar, escolar e social.* E que, muitas dessas vivências/situações, como já observado, aparecem sob a chancela das queixas escolares.

Ao descrevermos acerca do sofrimento psíquico diante das queixas escolares buscamos entender quais são as relações destas queixas com saúde mental. Diante dessa questão observamos, inicialmente, uma tendência, por parte dos profissionais da escola, para associarem as dificuldades de aprendizagem como sendo oriundas ou motivadas pelos problemas de saúde mental. Isso descrito nos permite considerar que a escola, em muito, se pauta diante do discurso médico-diagnóstico para fundar e justificar a ocorrência dos problemas escolares de crianças e adolescentes e que isso, por sua vez, pretende explicar/remediar os motivos pelos quais a escola não consegue atender os problemas dos seus alunos. Assunto este que vem sendo discutido desde o meado dos anos 1980 e muito utilizado, até hoje, para justificar os processos de exclusão do escolar sob a tutela de uma classificação, diagnóstico ou simplesmente por um rótulo. Parte desse posicionamento (classificação, diagnóstico ou rótulo.) ainda repercute que os problemas escolares pertencem, em grande medida, a área da saúde e da saúde mental. Na contramão desta maneira de serem pensadas as queixas escolares, consideramos que o, eventual, sofrimento

psíquico relacionado com as queixas escolares da população infantojuvenil decorrem de vivências/situações multifatoriais e que estas se manifestam e se apresentam em níveis e intensidades diversas.

De modo geral crianças e adolescentes, em confronto com vivências/situações de sofrimento psíquico, buscam o CAPSi, serviço especializado em saúde mental, para que suas diversas demandas, entre as quais as queixas escolares, possam ser acolhidas e delineados os modos de atenção e cuidado. Isso posto, uma vez identificadas e estabelecidas as relações destas queixas escolares com a saúde mental, intentamos responder as indagações que nos apontavam como as queixas escolares eram encaminhadas para este CAPSi. A análise decorrente deste questionamento nos permitiu identificar dois tipos gerais de queixas escolares: *queixas de aprendizagem e queixas comportamentais.*

A primeira, *queixa de aprendizagem*, refere-se à variabilidade da incapacidade do escolar em assimilar, de maneira esperada, os conteúdos explicitados em sala de aula ou de contemplar os objetivos pedagógicos previamente desenhados.

A segunda, *queixa comportamental*, de natureza mais disciplinar diz respeito à relação psicossocial das crianças com seus pares, professores e com as normas que regem as condutas no interior da escola.

Consideramos que tais produções, a saber, *queixas de aprendizagem* e *queixas comportamentais*, se constituem por aspectos distintos, porém podem, em algumas circunstâncias, serem considerados ora como solidárias ora como específicas. E, ressaltamos que ambas as queixas se mostram multivariadas em seus motivos, condições, intensidades e locais de manifestação. Consideramos, também, neste estudo com crianças e adolescentes, que os encaminhamentos e a busca espontânea pelo serviço CAPSi somente se corporificam e ganham sentido, a partir do momento em que são expressas na forma de uma queixa inicial. Consideramos, também, que estas queixas iniciais se baseiam, em primeira análise, pelas *"falas/observações de outros",* pais, responsáveis legais, cuidadores, profissionais de outros serviços e escola. Será, a partir do seu entendimento, em meio ao acolhimento e avaliação/discussão em equipe, que será possível delinear a pertinência/permanência ou não do caso para o atendimento pelo CAPSi.

Outro aspecto que nos chamou a atenção diz respeito às formas com que os técnicos do CAPSi utilizam-se para descrever os tipos de queixas que chegam até o serviço. Uma

está associada a descrições clínico/técnicas: *transtornos, déficits, estados psíquicos, agitação psicomotora* para indicar os sinais/sintomas presentes nas queixas escolares, o que consideramos sugerir uma preocupação, de cunho técnico e de natureza psicológica, com a precisão das questões que se desenrolam no âmbito da escola. Vale aqui alguma reflexão sobre o alcance ou consequência desta discursividade baseada em asserções ou descrições técnico-nosográficas, pois são questões que interrogam pensadores da filosofia e epistemologia-médica desde meados do século XX. Cabe aqui refletirmos que as denominações nosográficas, em muitas situações e condições, desempenham a função de *rotular os indivíduos entre normais e desviantes*. Isso, no caso, se adequa a valores que lhes são atribuídos em relação às normas socialmente desejáveis e que, consequentemente, seriam produtos que a sociedade estima ou considera ser desejável ou não.

Por outro lado, e não menos relevante, consideramos que os profissionais investigados se encontram mergulhados, posto que atores de serviços e políticas públicas, em constantes debates entre o novo e o antigo. Pois na mesma medida e tempo em que se mostram em plena prontidão para estabelecer a norma clínica/médica da codificação nosográfica, eles também lançam mão de expressões descritivas e analíticas e que isso, ao nosso ver, os faz se aproximarem mais da fenomenológica, ou seja, próximos do cotidiano do serviço e do vivido em sala de aula. Nesse caso, observamos que, em grande medida, os profissionais entrevistados, sob a tentativa de compreensão e/ou do estabelecimento de uma justificativa para as causas dos problemas apresentados nas queixas escolares, buscam ir além das explicações oriundas entremuros escolares, pois entendem que muitas das queixas são pautadas pela mera observação *hic et nuc* (aqui e agora).

As representações dos profissionais do CAPSi acerca do atendimento das queixas escolares pelo serviço nos mostram, essencialmente, duas formas: queixas de aprendizagem e queixas comportamentais. E, de modo específico, para apreendermos como os profissionais compreendem o atendimento das queixas escolares no CAPSi, transpareceu-nos, no primeiro momento e, em grande medida, que os profissionais não consideram o serviço CAPSi como o/um lugar específico para o atendimento das queixas escolares ou se o é, que elas ocupam um lugar secundário ou derivativo na estratégia de compreensão clínica. Fator esse, que não a subestima perante outras queixas. Portanto, consideramos que a compreensão que os profissionais atribuem para o acolhimento das queixas escolares no âmbito da responsabilidade do CAPSi se estabelece em duas dimensões exclusivas:

- O CAPSi não é lócus para acolhimento e resolução das queixas escolares, ou seja quando a especificidade do caso apresenta como pano de fundo apenas e, unicamente, as questões que envolvem aprendizagem;
- A queixa escolar quando acolhida, ela o é, tão somente, quando se apresenta associada a agravos que, esse sim, encontram no CAPSi seu lugar de escuta, ou seja, o acolhimento dessas queixas se justifica na medida em que se associa a alguma outra questão julgada como genuína para o atendimento no CAPSi. Em outras circunstâncias, tal como evidenciada, a queixa escolar é acolhida quando ela se constitui apenas como um aspecto exterior de uma problemática complexa que a subjaz.

Em face do reconhecimento e da percepção de que o CAPSi não é o serviço especializado para o atendimento das queixas escolares, ele (CAPSi) mobiliza, em seu interior, procedimentos e recursos, entre outras coisas, que vão desde a tentativa de suprir a escassez por espaços especializados no município até a tentativa para minimizar algumas vivências/situações que indicam uma maior atenção e cuidado ante aos reclamos propostos pelas queixas escolares.

Essa atitude, provavelmente, encontra ecos que soam desde as décadas finais do ano 1980 quando responde positivamente às críticas feitas à escola durante este período, que assimiladas pelos serviços de saúde mental na época que viam e veem (século XXI) no encaminhamento das queixas escolares um expediente, então comum na esfera da educação, de transformar o fracasso pedagógico da escola em ensinar na incapacidade do aluno em apreender, patologizando-o.

Assim descrito acima, observamos que os desafios propostos ao CAPSi se fundam em aspectos que perpassam, inicialmente, o sentido de articular-se com a rede de atenção básica para delinear, cada vez mais, os contornos do que é encaminhado para o CAPSi sob a chancela da queixa escolar, bem como o fato, puro e simples, de impedir que os reclamos trajados pelas queixas escolares cheguem ao CAPSi, mas sim que casos envoltos pelas queixas escolares encontrem atenção e cuidado em lugares capacitados para a sua condução seja no âmbito da educação ou da saúde mental.

Posto isso, é possível considerar que as queixas escolares, que são encaminhadas para a saúde e para a saúde mental, ocupam um lugar nebuloso e, por vezes, impreciso e por isso afloram situações que desafiam o CAPSi sob as seguintes formas:

- Escassez de locais para o acolhimento das queixas escolares, por motivos de aprendizagem, fora dos serviços de saúde ou serviços especializados;
- Dificuldades por parte da escola e pais para entenderem as ações que são desenvolvidas e propostas pelo CAPSi para avaliação e o atendimento de questões que permeiam as queixas escolares;
- Possíveis dissonâncias entre as propostas pedagógicas desenvolvidas pelas escolas e as expectativas e necessidades dos alunos/usuários encaminhados por queixas escolares.

Nesse sentido, as articulações entre os serviços ganham relevância ímpar, pois uma rede só pode atuar em consonância desde que encontre condições e autonomia (estruturais e profissionais) para atuar, individual e coletivamente, rumo à consolidação de políticas públicas que privilegiem a atenção e o cuidado da criança e do adolescente no âmbito da saúde mental.

Agora, sob a tutela das ações que são desenvolvidas pelos profissionais do CAPSi podemos considerar que estes sujeitos encontram bases nos princípios e diretrizes propostos em preceitos da Reforma Psiquiátrica, princípios de organização do Sistema Único de Saúde e normas, nacionais e locais, para a atuação do serviço CAPSi. Isso indica, em primeira instância, que o usuário que é encaminhado ou faz a procura espontânea é acolhido para uma escuta inicial e, a partir dessa fala/escuta será extraída a queixa inicial deste usuário. Convém recorrer, ao que já foi discutido e apresentado ao longo do estudo, que as queixas escolares de crianças e adolescentes são, em grande medida, baseadas nas falas/discursos de outros (pais, responsáveis legais, professores, coordenadores pedagógicos, diretores, profissionais da saúde, da assistência e do judiciário) e que isso, em primeiro momento, é dado como o pontapé inicial para que os casos, agora de usuários, sejam discutidos e avaliados e, assim definidos os caminhos pelos quais estes sujeitos (crianças e adolescentes) irão percorrer em busca da atenção.

As ações dos profissionais do CAPSi, de modo geral, são planejadas e desenvolvidas de maneira que possam contemplar a maior e efetiva participação de todos os envolvidos com a atenção e o cuidado dessas crianças e adolescentes. E, que estas ações não se fixam apenas nos modelos de atendimentos clínicos ou em condutas terapêuticas e medicamentosas referentes às especialidades, mas sim pela construção coletiva de procedimentos que, em cada medida, referenciam a perspectiva da individualidade de um sujeito inserido na família, escola e comunidade. Deste modo, retomamos as análises sob o

ponto de vista da reestruturação dos modos de atenção e cuidado em saúde mental no município e sua influência, em dada proporção, na revisão dos procedimentos utilizados para o atendimento dos usuários em situação de sofrimento psíquico.

O trabalho no CAPSi é diário, peculiar e ativo, portanto, pulsa em face dos compromissos que cada um dos profissionais mostrou que assume diante, antes de tudo, dos sujeitos únicos e próprios, que buscam a atenção e cuidado especializado no âmbito da saúde mental infantojuvenil. E que este posicionamento, em muito, caminha sob a égide da atenção e do cuidado integral e igualitário para com seus usuários a luz dos preceitos e conceitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica e pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro bem como que a instauração, no serviço estudado, de novos padrões de relacionamento escola-saúde mental podem servir de modelo ou indicação para os outros CAPSis.

Assim, observamos que os estudos acerca das queixas escolares podem contribuir, em grande monta, para desvelar possíveis lacunas existentes entre estes locais que recebem crianças e adolescentes, além de instigar investigações acerca deste tema tanto no âmbito da Saúde Mental infantojuvenil como no âmbito da escola e da Educação.

8. REFERÊNCIAS

ABREU, K.P.L. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Lume - Repositório Digital**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/85271 Acesso em 23 jan. 2017.

ALMEIDA, N. F. **O que é saúde.** Editora Fiocruz, Coleção Temas em Saúde. 2013.

ALVES, C. F.; DELL'AGLIO, D. D. Apoio social e comportamentos de risco na adolescência. **Revista de Psicologia da PUCRS**, Porto Alegre/RS, 2015, v. 46, n. 2, pp. 165-175, abr.-jun.

ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais–pesquisa quantitativa e qualitativa**, São Paulo, Pioneira, v. 2, p. 112-128, 200. 2004.

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. In Amarante, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 1998, p.21-50.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Fiocruz, Rio de janeiro; 2007.

AMSTALDEN, A. F. et al. Política de saúde mental Infantojuvenil: seus percursos e desafios. In Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O.Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec 2010, p. 33-45.

ANDRADE, M. S; CASTANHO, SIQUEIRA, M. I. Caracterização do perfil de clientela de clínica-escola de psicopedagogia. **Revista psicopedagogia**, São Paulo, v. 31, n. 95, p.101-108, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000200003&lng=pt&nrm=iso acesso em: 23 jan. 2017.

ARALDI, J. C. et al. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. **Interface: comunicação, saúde, educação.** Botucatu, 2012, v.16, nº 40, p.135-145.

BAUTHENEY, K.C.S.F. **Transtornos de aprendizagem: quando "ir mal na escola" torna-se um problema médico e/ou psicológico.** Tese (Doutorado em Educação). São Paulo. Faculdade de Educação da USP. 2011.

BAPTISTA, M. N; OLIVEIRA, A. A. **Saúde mental na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento.** Anais XVII Congresso Brasileiro de Neurologia e Psicologia. ABENEPI. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009.

BARROS, D. M. Notificação compulsória de violência: implicações em saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2011, v. 38, n. 4, p. 125. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2015.

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. Saúde metal e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília. 2013. 33(2), 336-349.

BETTI, M. C. M. **Procura de entendimento psicológico por dificuldades escolares: um estudo das características.** Dissertação (Mestrado). Faculdade De Filosofia Ciências de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2007.

BERTOLINO-NETO, M, M. Mesa: Direitos Humanos e Justiça. In **2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental** – ABRASME, 4-6 jun. 2015. João Pessoa/PB, Brasil.

BIANCHI, E. M. P. G., IKEDA, A. A. Usos e Aplicações da Grounded Theory em administração. **Revista Gestão.Org** – Volume 6 – Número 2 – p. 231-248. Disponível em http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/72/62 acesso em 26 jan. 2017

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Demanda infantil e por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de psicologia**. Campinas/SP. 1998, 3 (2), 83-108.

BRAGA, S. G., MORAIS, M. L. S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicologia**. USP, 2007, vol.18, n.4, p. 35-51. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167851772007000400003&lng=pt&nrm=iso acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/90**. Brasília (DF); 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei 09394/1996**. Brasília (DF), 1996. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei 10.216/2001**. Brasília (DF), 2001. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 336-02 - Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.** Brasília (DF), 2002. http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf. Visualizado em out/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações *programáticas e estratégicas.* **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília (DF), 2004, http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília (DF), 2007. www.redehumanizasus.net/90410-projeto-terapeutico-singular-refletido-na-saude-mental. Visualizado em dez/2016.

BRASILb. Projeto de Lei nº 498/2007. **Estabelece a obrigatoriedade dos hospitais públicos e privados a notificarem os casos de atendimento a pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio**. Brasília, 2007. http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345345

BRASILc. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola – PSE.** 2007. http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília (DF), 2008. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192_ acesso em: 23 jan. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde**. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. 2014. Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília (DF) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf_ acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Brasília (DF). **Plano Nacional de Educação**. 2014. Disponível em http://pne.mec.gov.br/ acesso em 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília (DF); 2015.

CARTA DE OTTAWA. Canada. Sobre a Promoção da Saúde. (1986) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf acesso em 15 dez. 2016.

CAVALCANTE, L. A.; AQUINO, F.S.B. Ações de psicólogos escolares de Joao Pessoa sobre queixas escolares. **Psicologia em Estudo**. Maringá/PR, 2013, v.18, n.2, p. 353-362 abr/jun.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em 23 jan. 2017.

CID-10. Código Internacional de Doenças. 10ª edição.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA Fº, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002, vol. 9 (2):315-33, maio-ago. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO – CRP/SP. (Org.) **Psicologia e Educação: Contribuições para a atuação profissional**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª região. São Paulo, 2008. www.crpsp.org.br acesso em nov. de 2016.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência na clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-ribeiro, E.; Tanaka, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec. 2010, p. 271-279.

DAZZANI, M. V. M. et al. Queixa escolar: uma revisão crítica da produção científica nacional. **Revista quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.** São Paulo. 2014, v.18, nº 3, setembro/dezembro de, p. 421-428.

D'ABREU, L. C. F.; MARTURANO, E, M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia.** Natal. 2010, v.15, n.1, p.43-51.

D'ABREU, L. C. F. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. **Revista Psico**. Porto Alegre, 2011 v. 42, nº 2, p.152-158.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA. (1959). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo. Disponível em http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html acesso em: 15 dez. 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Cazaquistão. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** 1978. Disponível em www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata acesso em: 15 dez. 2016.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Venezuela. 1990. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf acesso em 23 jan. 2017.

DECLARAÇÃO DE JOMTIEN. Tailândia. **Declaração mundial da educação para todos**. 1990. Disponível em http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf acesso em 23 jan. 2017.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Espanha. 1994. **Sobre Princípios, Política e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais.** *http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf* – acesso em 23 jan. 2017.

DELFINI, P. S. S. **Centro de atenção psicossocial infantojuvenil e estratégia de saúde da família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 2010.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2012, v. 28, n. 2, p. 357-366.

DELFINI, P. S. S. **O cuidado em saúde mental de crianças na Rede de Atenção Psicossocial.** Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 5ªedição. 2013. Disponível em http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf acesso em 23 jan. 2017.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde Mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, 2008, v. 10, n. 1, p. 34-46.

FATORI, D.; GRAEFF-MARTINS A.S. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. In: **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 39-53.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária**. http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria acesso em: 6 set. 2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Deficiência Mental.** Disponível em http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-mental.htm acesso em 26 jan. 2017.

FLEITLICH-BILIK, B. (et al). **A Saúde Mental do Jovem Brasileiro**. Edições Inteligentes, São Paulo. 2004.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública: uma visão histórica da saúde brasileira.** Disponível em http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica acesso em 15 dez. 2016.

GIOVANELLA, L. et al. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2003, v.27, n. 65, p.278-289, set/dez.

GOFFMAN, E. A. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, Zahar, 1963.

GOFFMAN, E. A. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis, ed. Vozes, 1975.

KLEINMAN A. **Patients and Healers in the context of culture.** Berkeley, University of California Press, 1988.

KLEINMAN, A. Local worlds of suffering: an interpersonal focurs for ethnographies of illness experience. **Qualitative Health Research,** 1992; 2 (2):127-134.

HOFFMANN, M. C. C L, et al. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial Infanto-juvenil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2008, 24(3) 633-642, março.

KOGIMA, E, O. **O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal.** Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP. 2004

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. **Problemas de saúde mental da criança em idade escolar: oportunidades e possibilidades de abordagem na atenção básica**. Tese (Doutorado). São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2003

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Problemas de saúde mental em crianças: abordagem na atenção básica.** São Paulo: Annablume. 2005; 140 p.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo**: Hucitec; 2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.) **O CAPSi e o desafio da gestão em rede. Hucitec,** São Paulo, 2016.

LEAO, A.; BARROS, S. As representações Sociais dos profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as possibilidades de Inclusão Social. **Saúde e Sociedade.** São Paulo. 2008; v.17, n.1, p. 95-106.

LINHARES, M. B. M et al. Caracterização dos motivos da procura de atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clínica. **Revista da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,** 1993, 26(2), 148-160.

LOPES, L. F. **Medicalização de crianças com queixa escolar e o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) uma análise crítica.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da |Universidade de São Paulo. 2013.

MACEDO, L. S. **Brincadeiras e jogos infantis: contribuições para uma prática pedagógica**. Dissertação (Mestrado); Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo/SP. 2004.

MACEDO, L. S. **Situação escolar de crianças e adolescentes atendidas nos Centros de atenção Psicossocial Infantojuvenil no Estado de São Paulo**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. UERJ. Rio de Janeiro. 2010.

MACEDO, L. S. A vida escolar infantil e as situações de vulnerabilidade. In: **Saúde Mental Coletiva: clinicas e vulnerabilidades**. Ed. Schoba. São Paulo. 2012. 517-521

MACEDO, S. R. H.; MIRANDA, F. A. N.; PESSOA JR, J. M.; NOBREGA, V. K. M.; Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Revista Bras. Enfermagem.** Brasília, 2013, jan/fev; 66(1): 103-9.

MARÇAL, V. P. B; SILVA, S. M. C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional.** Campinas, 2006, v. 10, n. 1, p. 121-131, jun.

MATOS, F. V. **Políticas públicas de saúde mental infantil e sua implementação no Centro De Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) - Imperatriz (MA**) Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

MATSUDO, V. K. **Atividade física e saúde.** Laboratório de estudos de atividade física de São Caetano do Sul. São Paulo. 2007. Disponível em www.celafisc.org.br acesso em: 04 mai. 2015.

MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S.F. A **Construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde.** 2010. Disponível em http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1731 acesso em: 15 dez. 2016.

MOSCOVICI S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Editora Vozes, Rio de Janeiro. 2005.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico. **Revista latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto/SP. 2003. 11 (6), p.786-791.

MUSSE, L. B. **Os novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Elsevier. Rio de Janeiro. 2008.

MUYLAERT, C. J. **Gênero e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil.** Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP. 2016.

NASCIMENTO, A. S. et al. (org.) **Infância e juventude: promovendo diálogos e construindo ações.** GM editora. Vitória/ES. 2012**.**

PAIS, S. C. ET AL. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 32(9): e00166215, set, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00166215.pdf acesso em 23 jan. 2017.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** Casa do Psicólogo. São Paulo, 1990.

PATTO, M. H. S. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. ***Psicologia*** - *USP.* São Paulo. 1992, 3 (1/2), 107-121.

PATTO, M. H. S. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. **Intermeios.** 4ª ed, revista e aumentada. São Paulo. 2015

PAULA, I. J. **Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental.** Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

PETRINI, M., POZZEBON, M. Usando grounded theory na construção de modelos teóricos. Revista Gestão e Planejamento. Salvador. V. 10 N°.1 p.1-18, jan./jun. 2009. Disponível em http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/marlei_pozzebon_usando_grounded_theory_na_construcao.pdf acesso em 26 jan. 2017

RAMOS, A. C. S. A estrutura familiar: que reflexos nos comportamentos sociais das crianças. Dissertação (Mestrado). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto. Portugal. 2016. Disponível em http://repositorio.esepf.pt/browse?type=author&value=Ramos%2C+Ana+Catarina+da+Silva acesso em 23 jan. 2017.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2008 mar; 12 (1): 173 – 178.

REIS, A. O. A. **Centros de Atenção psicossocial infantojuvenil do Estado de São Paulo.** Tese (Livre-docência). São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2010.

REIS, A. O. A. et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil**.** In Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka, O.Y. organizadores. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2010a, pag. 109-130.

REIS, A. O. A. et al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de atenção Psicossocial Infantojuvenil. In Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2010b, pag. 186-210.

REIS, A. O. A.; FONSECA, F. L.; ROLIM-NETO, M. L., DELFINI, P. S. S. (org.). **As crianças e adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil**. Schoba, São Paulo, 2012.

REIS, A. O A et. al. Saúde Mental e Saúde Pública**.** In CJ Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. (org.). **Saúde Pública: bases conceituais.** São Paulo. Editora Atheneu, 2013, 2ª ed. p.351-368.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo,** Maringá, 2006, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr.

RODRIGUES, M. C.; CAMPOS, A. P. S., FERNANDES, I. A. Caracterização da queixa escolar no centro de psicologia aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Estudos de Psicologia.** Juiz de Fora/MG, 2012, 29 (2), p. 241-252.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitoria-se. **Psicologia, teoria e prática.** Espirito Santo. 2010, v.12 (1), 71-84

SANDUVETE, V; REIS, A. O. A. Modelo de abrangência para a reorganização da saúde mental infantojuvenil em pequenos municípios. In Lauridsen-Ribeiro, L. Tanaka, O. Y. (org.) **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo. Hucitec. 2010.

SCHEFF, T. J. **Being mentally ill: A sociology theory.** Chicago, Aldine, 1966. Disponível em **http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bs.3830120208/abstract** . Acesso em 26 jan de 2017

SCORTEGAGNA, P; LEVANDOWSKI D. Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da Rede Municipal de Ensino de Caxias do Sul. **Revista Interações**. Universidade São Marcos. São Paulo, 2004, vol. IX; núm. 18, 127-152.

SILVA, P. C. O CAPSi de portas abertas para o inesperado. In: **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. Hucitec, São Paulo, [42016], p. 141-146.

SINIBALDI, B. **Saúde** mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP,** 2013, 12(2), p. 61-73.

SOUTO, R. Q. Aspectos éticos na pesquisa com dados secundários: uma revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, 2011, v. 13, n. 1, p. 45-53, dez.

SOUZAa, B. P. Funcionamentos escolares e produção de fracasso escolar e sofrimento. In**: Orientação à queixa escolar.** Casa do Psicólogo, São Paulo, 2007, p. 241-278.

SOUZAb, M. P. R. Prontuários revelando os bastidores: do atendimento psicológico à queixa escolar. In: **Orientação à queixa escolar.** Souza, B. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2007, p.27-58.

SOUZA, M. P. R. Reflexões a respeito da atuação do psicólogo no campo da psicologia escolar/educacional em uma reflexão crítica. In: MACHADO, A. M.; SOUZA, M. P. R.

(Org.) **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2010, p. 149-162.

SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2011, v. 60, n. 4, p. 294-300. Disponível em: Acesso em: 10 dez. 2015.

TAVARES, R. Prevenção, riscos, identificação precoce. **Revista Ciência e Profissão**, São Paulo. 2005, n. 3 (51-53).

TEIXEIRA, R. M., JUCÁ VJS. Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Salvador/BA **Revista de Psicologia.** Fortaleza, 2014, v. 5 - n. 2, p. 70-84, jul./dez.

TERRA-CANDIDO, B. M. **Não-aprender-na-escola: a busca pelo diagnóstico nos (des)encontros entre saúde e educação**. Dissertação (Mestrado) São Paulo. Instituto de Psicologia da USP. 2015. doi:10.11606/D.47.2015.tde-10082015-104003. Acesso em: 23 jan. 2017.

ZIBETTI, M. L. T. et al. Quando a escola recorre à psicologia: mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa na alfabetização. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, 2010, n.2, p.490-506.

ANEXOS

Anexo 01

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – CNS/466/12

Título da Pesquisa: **Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi**

Pesquisador responsável: **Luciano Sanfilippo de Macedo**, profissional da Educação Física e Psicólogo. Mestrado em Educação pela Universidade Metodista de São Paulo. **Doutorando pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)** pelo departamento de Saúde materno-infantil na área de concentração Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Convido você para participar, como entrevistado, desta pesquisa que tem como um dos objetivos apreender quais são as representações que os profissionais têm acerca das queixas escolares atendidas pelo CAPSi e quais são as ações utilizadas pelo serviço para atenderem as queixas escolares.

Sua participação diz respeito a uma entrevista que será gravada em áudio digital pelo próprio pesquisador. O tempo máximo esperado para a realização da entrevista é de 30 minutos e será realizada em um único momento após o agendamento com cada participante.

A **graduação de riscos nesta pesquisa** é **Mínima.** Assim como sua participação não acarretará nenhuma complicação legal nem despesa financeira.

As tuas informações prestadas serão reproduzidas em quadros informativos e analisadas pelo pesquisador e, a partir disso, serão discutidas e utilizadas para elaboração das considerações finais

sobre o estudo. O integra do estudo será disponibilizado em versões impressa e eletrônica de acesso livre dos interessados no tema.

O pesquisador fica à disposição dos participantes para **esclarecimentos em qualquer momento do estudo,** bem como firma a **garantia de sigilo** sobre suas informações e a liberdade de, em qualquer momento da pesquisa, você recusar a utilização de suas informações prestadas. Este estudo encontra-se em acordo com os critérios da ética em pesquisa com seres humanos – resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Contato com Luciano Sanfilippo de Macedo pelo número de telefone: 3061-7126, e-mail: lucianosm@yahoo.com.br ou 3061-7779 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que fica na r. Dr. Arnaldo, 715, Pinheiros, São Paulo/SP.

Eu, _____ (nome); (Formação profissional) _____; (Cargo ocupado no serviço): _____; Tempo de trabalho neste serviço:_____.

Declaro que recebi e compreendi todas as informações prestadas sobre o estudo e, para tanto, aceito participar como sujeito de pesquisa.

Participante_____

Pesquisador responsável _____

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Anexo 02

Roteiro da entrevista semidirigidas a ser aplica aos profissionais do CAPSi

1) No sentido de identificar quais são as representações que os profissionais têm acerca das queixas escolares que chegam ao CAPSi, as entrevistas seguiram este roteiro:

- O que é uma queixa para a saúde mental.

- Que tipos de queixas chegam a este CAPSi.

- Quais as relações das queixas escolares com a saúde mental.

- Que tipo de queixas escolares são atendidas pelo CAPSi.

- Como você compreende o atendimento destas queixas escolares pelo CAPSi?

2) No sentido de identificar quais são as ações que os profissionais utilizam para atenderem as queixas escolares que chegam ao CAPSi as entrevistas seguiram este roteiro:

- Quais são as ações utilizadas pelo CAPSi para o atendimento das queixas escolares?

- Quais são as relações do CAPSi com as escolas para o atendimento das queixas escolares?

- Quais são as relações do CAPSi com outros serviços para o atendimento das queixas escolares?

Anexo 03

Protocolo de pesquisa

Número do sujeito:_____

Sexo: () masculino () feminino

Idade:_____

Faixa etária:_____

Fonte de encaminhamento:_____

Grau escolar:_____

Frequência escolar:_____

Queixa encaminhada pela escola:_____