Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

EducAção: ações intersetoriais
em prol da saúde mental infantojuvenil

Carolina Donato da Silva

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de mestre em
Ciências.

Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Adivíncula Reis.

São Paulo
2019

EducAção: ações intersetoriais
em prol da saúde mental infantojuvenil

Carolina Donato da Silva

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de mestre em
Ciências.

Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Adivíncula Reis.

Versão Corrigida

São Paulo

2019

À Izildinha, minha mãe

AGRADECIMENTOS

O estímulo ao estudo, à leitura, e à formação acadêmica foram legados deixados pela minha mãe. Segundo ela, se eu me esforçasse, conseguiria tudo que desejasse. Através de seu cuidadoso olhar entendi o que é família, e que precisamos cuidar muito bem dela, dedicando tempo, carinho e atenção. Embora você não estivesse fisicamente presente durante a elaboração desse trabalho, toda vez que sentei ao computador, você era minha maior inspiração. Para receber a sua admiração me esforçava e me dedicava à escrita. Gratidão, mãe, por todo carinho, por cada abraço, cada olhar, cada lágrima, cada: você consegue, filha!

Ao meu pai, seu fiel companheiro, agradeço por me ensinar sobre o amor incondicional, por me mostrar o que significa disponibilidade para acompanhar alguém, lado a lado, sempre. E, por me ensinar, com toda delicadeza e tranquilidade que lhe cabem, que quanto mais perto, mais perto.

Vocês dois formam a minha base, minhas raízes, minha sustentação. Sou quem sou, graças a vocês, meu exemplo de família, de companheirismo, de amor. Agradeço todos os dias por ter tido a felicidade de tê-los como meus pais.

Mário e Gab, meus irmãos, meus presentes mais presentes. Sempre por perto, com abraços apertados, cafés da manhã compridos, almoços sem pressa, dias à toa em casa. Sempre temos tempo para um filme, para ficar junto, para uma ligação, para uma ajuda. Estamos aqui, um para o outro, desde que nascemos. Nosso aprendizado e crescimento nessa relação é imensurável, assim como o amor que sinto por vocês. Gratidão por me entenderem, me aceitarem e me admirarem sempre.

Jamile e Geraldo, meus sogros, obrigado por me receberem com tanto carinho e por cuidarem com todo apreço da nossa Manu para que eu pudesse dedicar tempo à escrita desse trabalho. Sem a ajuda de vocês teria sido impossível.

André, meu amor. Encantei-me com seu transbordar de sentimentos, suas palavras inquietas, seus sonhos, sua imaginação. Diariamente me ajuda a ultrapassar meus limites, a mudar, a ter desafios, a transgredir a ordem. Nossa história é alegre e divertida. Você traz cores, sons, sabores e flores para minha vida. Gratidão por cada abraço, cada beijo, cada suspiro.

G7 – Ana, Thais, Mel, Cris, Eri e Ju – certamente aconteceu um peculiar alinhamento dos planetas quando nos encontramos! A faculdade acabou, tanta coisa se passou, mas nós continuamos. Juntas. Prontas para agir em prol de nossas dignidades existenciais. Nos tornamos mães, esposas, divorciadas, mestres, alunas, professoras... enfim nos transformamos tanto, entretanto, sempre voltamos ao nosso centro, ao nosso canto, ao nosso encontro. Vocês estão em cada linha dessa dissertação.

Alberto, meu orientador. Nos conhecemos em 2008, e desde lá você permitiu que me aproximasse e me afastasse do sonho do mestrado muitas vezes. Precisei me ausentar das reuniões do LASAMEC por diversos motivos, contudo, eu era sempre bem recebida a cada retorno, obrigada. Demoramos para engrenar a orientação desse trabalho, ambos duvidamos que ele seria concretizado, finalizado. Mas aqui está, finalmente. Gratidão pelas leituras, pelo estímulo, pela confiança.

Aos membros do LASAMEC, expresso aqui minha admiração a cada um de vocês. Gratidão por toda ajuda com a escrita, revisão de texto, definição dos objetivos e disponibilidade.

Carmen, querida, sem a sua ajuda nada disso estaria acontecendo. Obrigada é pouco para expressar meu agradecimento a você. Sempre solícita, paciente e tranquila, quando nós, alunos, estamos descabelados com prazos, documentos, assinaturas... sua presença é fundamental!

Para a equipe do CAPS II Infantojuvenil Campo Limpo, gostaria de deixar aqui não só meu agradecimento, mas também meu respeito e apreço. Nossos dias não são fáceis. Nosso trabalho não é simples. Nossas relações são desafiadoras. Entretanto, estamos lá, todos os dias, impulsionando esperanças, transformando angústias em compromisso coletivo.

E por fim, para você Manuela, dedico o último parágrafo de meus agradecimentos. Sua chegada foi tão inesperada quanto desejada e fez sentimentos transbordarem para todos os lados. Desde que chegou tem me ensinado a ir além do que imagino ser capaz. Obrigada, filha, por me mostrar um mundo com mais cores, mais encantos, mais suspiros, mais intensidade. Obrigada por ter me escolhido como mãe, por me apontar novos caminhos e velhas questões, e junto com você conseguir encará-las.

A chave do trabalho: transformar os graves comprometimentos emocionais em compromissos coletivos; converter uma rede de danos numa rede de desafios que acolhe e impulsiona. (VICENTIN, 2013)

Silva, C.D. EducAção: ações intersetoriais em prol da saúde mental infantojuvenil. (dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019.

Resumo

Introdução: Em maio de 2016, o CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo deu início a um espaço de Matriciamento específico para escolas. A meta fora a de favorecer a aproximação dos núcleos de saúde mental e de educação. Nesse âmbito promoveram-se reuniões mensais para conversar sobre os casos, matriculados nas escolas da região, que eram atendidos no serviço, dando origem ao que se constituiu como o Programa EducAção. Ao longo desse processo, surgiu então a necessidade de avaliar se esse espaço havia se tornado um lugar de formação permanente para os educadores, o que veio então a se constituir como objeto de interesse da presente investigação. **Objetivo:** analisar a formação permanente de professores no âmbito de um programa desenvolvido em um equipamento de saúde mental infantojuvenil, visando a integração saúde mental e educação: o Programa EducAção. **Métodos:** Por meio de grupos focais, convidamos os professores que frequentaram as reuniões do referido programa a participar da avaliação. Para o tratamento analítico dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo temática. **Resultados:** foi possível constatar que o espaço foi considerado como um lugar de formação permanente. Entretanto, a análise propiciou o entendimento além daquele pretendido no escopo do trabalho, posto que se percebeu que o espaço estudado transcendeu seu objetivo inicial assumindo também a função de um lugar de cuidado, escuta e acolhimento para os professores. Por se sentirem cuidados pela equipe do CAPSij, os professores foram capazes de cuidar, ouvir e significar o sofrimento de crianças e jovens que tinham em seu percurso escolar, repetidas experiências ligadas às dificuldades de aprendizagem, socialização ou interação, apresentando sofrimento psíquico grave, e por isso, serem acompanhadas no CAPSij. **Conclusão:** com esse estudo pudemos concluir que os educadores que se vêem frente a situações desafiadoras em seu cotidiano demandam troca de informação com os alunos que são atendidos no CAPSij, e também de referências a respeito dos transtornos mentais, autismo, déficit de atenção, etc. Contudo, notamos que para além dos dados, os professores precisam de um lugar que acolha o seu sofrimento. Sofrimento esse relacionado a ter em suas mãos uma sala com muitos estudantes que, em decorrência de suas dificuldades específicas, não prestam atenção; violam as regras; não obedecem, não aprendem. Em face disso, eles demandam cuidado para conseguirem cuidar. Precisam ser incluídos para favorecer espaços inclusivos. Podemos assim dizer que o espaço se revelou como um lugar que, além de estimular o encontro entre as equipes de saúde mental e educação, constituiu em si um trabalho intersetorial em prol da saúde mental infantojuvenil, ações compartilhadas que consideram os dois lados, o do aluno e o do professor. Faz-se necessário escutar os professores para que eles possam escutar seus alunos.

Descritores: saúde mental infantojuvenil; saúde pública; intersectorialidade; educação; formação permanente; matriciamento.

Silva, C.D. EducAction Program: Cross-sector actions in favour of children's mental health (Master's dissertation) São Paulo University of São Paulo's Faculty of Public Health of (USP)

Abstract:

Introduction: In May 2016, the Psychosocial Care Center (CAPS) for Children and Adolescents II opened an area of specified matrix support for public schools located in the district of Campo Limpo, in the city of São Paulo. The aim was to bring the health units close to educational programs. Frequent monthly meetings were held to discuss cases related to individuals enrolled in the schools and who used the service. The discussion of the cases gave rise to the EducAction Program. During this process, there was a need to assess if this space became a place of permanent education for educators, which became the object of interest of the present study. **Objective:** To analyze the permanent education of teachers in a program developed in children's mental health and education: the EducAction Program. **Methods:** Through focal groups, we invited the teachers who attended the program's monthly meetings to join the assessment. The thematic content analysis method was used for the analytical treatment of the data. **Results:** According to the results, it was concluded the space is a place for permanent teacher education. In contrast, the analysis of the study provided the knowledge beyond the one intended in its scope, because the study honed the initial aim of providing care, attention, and hospitality extended to teachers. As teachers felt they were cared by the CAPS team, they were able to care, listen and understand the children and youngster's suffering. During their school life, these children had repeated experiences related to the difficulties of learning, socialization or interaction, consequently developing severe mental stress. For this reason, the CAPS team monitored them. **Conclusion:** According to the results, we conclude the teachers face up different challenging situations that require constant information sharing between the students attended at CAPS. The teachers also need appropriate knowledge of mental disorders (attention deficit, autism, etc.). Yet, we have noticed teachers need a place that accommodates their suffering. The teacher's suffering is connected to the huge responsibility of taking caring of children who very often do not pay attention, do not learn and break the rules. As a result, teachers need to be cared for caring for others. They have to be included to improve inclusive spaces. We can say that this space stimulates the meeting between mental health and education teams, and has been an intersectoral work in favor of children's mental health and shared actions that consider the student and the teacher. Consequently, it is important to listen to the teachers so that they can take care of their students.

Key words: *Children's mental care. Public health. Cross-sector collaboration; continuing educations; matrix support.*

Lista de Gráficos, Quadros e Tabelas

Tabela 1 – Distribuição das escolas no território de acordo com a divisão dos subdistritos	43
Quadro 1 – Grupos de Trabalho CAPSij Campo Limpo	48
Gráfico 1 – Distribuição dos Projetos Terapêuticos Singulares em status por mês em 2017	53
Gráfico 2 – Comparativo de total de usuários cadastrados em 2017 em relação à meta por mês	54
Gráfico 3 – Desfecho dos acolhimentos do CAPSij Campo Limpo em 2017	55
Tabela 2 – Quantidade de usuários do CAPSij Campo Limpo – dezembro 2017	56
Tabela 3 – Distribuição de usuários CAPS em Status de PTS ativos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) segundo hipótese diagnóstica (CID10)	58
Tabela 4 – Distribuição dos usuários do CAPSij de acordo com a origem do encaminhamento	72
Gráfico 4 – Queixas principais dos casos encaminhados ao CAPSij Campo Limpo pelas escolas que não foram inseridos no serviço em 2016 e 2017	74
Gráfico 5 – Classificação das escolas que participaram do Programa EducAção de acordo com o tipo de instituição de ensino	81
Gráfico 6 – Origem dos encaminhamentos realizados pelas escolas ao CAPSij em 2016 e 2017 de acordo com o tipo de instituição de ensino	81

Lista de siglas

AEE – Atendimento Educacional Especializado
AMA – Atendimento Médico Ambulatorial
AMA-E – Atendimento Médico Ambulatorial de Especialidades
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECCO – Centro Comunitário de Convivência
CEFAI – Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEI – Centro de Ensino Infantil
CER – Centro Especializado em Reabilitação
DRE – Diretoria Regional de Ensino
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EE – Escola Estadual
EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI – Escola Municipal de Ensino Infantil
NAAPA – Núcleo de Acompanhamento e Apoio para Aprendizagem
PA – Pronto Atendimento de Urgência e Emergência
PAAI – Professor de Apoio e Acompanhamento à Inclusão
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SAE/DST AIDS – Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SME – Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UE – Unidade Educacional

Sumário

1.	ABERTURA	13
2.	ENRAIZAMENTO DA PESQUISA	23
3.	OBJETIVOS	31
	3.1 Objetivo Geral	31
	3.2 Objetivos Específicos	31
4.	PERCURSO METODOLÓGICO	32
	4.1 Local do Estudo	32
	4.2 Instrumentos e Procedimentos	32
	4.3 Sujeitos da pesquisa	32
	4.4 Critérios de inclusão	33
	4.5 Instrumentos de coleta de dados	33
	4.6 Aspectos Éticos	35
	4.7 Análise dos Dados	36
5.	APRESENTAÇÃO DOS CENÁRIOS	38
	5.1 O território: Campo Limpo	38
	5.2. O CAPS Infantojuvenil Campo Limpo	44
	5.2.1 Organização do Processo de Trabalho	45
	5.2.2 A Territorialização como Modelo Organizacional	49
	5.2.3 Características do CAPSij Campo Limpo	50
	5.3 A Rede Intersetorial	59
	5.4 As Interfaces da Inclusão	66
6	O PROGRAMA EducAção	71
7	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	86
	7.1 O Programa EducAção como espaço de formação permanente e de cuidado para o professor	86
	7.2 O papel do Programa EducAção no trabalho Intersetorial	95
	7.3 Sob o ponto de vista da escola, para que serve o CAPSij?	103
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
10	ANEXOS	124
	10.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
	10.2 Roteiro Grupo Focal	126
11	CURRÍCULO LATTES	127

1. ABERTURA

O presente trabalho foi tecido nas conversas e nos estranhamentos gerados na interface saúde mental e educação no CAPSij II Campo Limpo (Centro de Atenção Psicossocial II Campo Limpo). A partir de nossa inserção cotidiana vivenciamos a representação de demandas da educação à saúde mental, bem como certa repetição da lógica de compreensão e encaminhamento das soluções apresentadas pela saúde à educação. Uma vez que a presente dissertação analisa e descreve um trabalho desenvolvido por uma equipe, da qual eu faço parte, a escrita da dissertação se dará na primeira pessoa do plural: nós.

Crianças e adultos permanecem durante extensos períodos de sua vida em contato com instituições escolares de várias naturezas. As experiências vividas nesse contexto são fundamentais para criar condições de aprendizagem, socialização e de desenvolvimento. A pergunta: “Por que a criança não aprende?” considera que o problema está centrado na criança, não leva em conta as relações que se estabelecem no plano da escolarização e que podem ser de muitas ordens: pedagógicas, interpessoais, institucionais, culturais, patológicas e/ou sociais.

Esse complexo conjunto de relações articula a vida à escola e a escola à vida, tanto daqueles que são a finalidade da escola: os estudantes; quanto daqueles que produzem a escola: educadores, funcionários, gestores, pais e familiares; aqueles que atuam na elaboração das políticas, que organizam e trabalham para o funcionamento das redes de ensino, dentre outros. Portanto, não se poderia mais considerar a produção dos problemas de aprendizagem e de comportamento como sendo meras questões individuais, familiares ou de classe social (SOUZA, 2016).

Faz-se necessário ampliar o olhar direcionado às dificuldades de aprendizagem, favorecer a construção coletiva de práticas que instauram outras formas de viver no cotidiano escolar, que se materializam a cada dia no interior das políticas públicas, nas condições objetivas de vida e de ensino.

Em vez de perguntar por que o menino não aprende, seria mais adequado que todos, educadores, psicólogos escolares, profissionais da saúde, se preocupassem em compreender as relações envolvidas nas dificuldades de aprendizagem. Ao levantar as questões O que acontece no processo de escolarização? e Por que esta criança não está se beneficiando da escola?, amplia-se o foco antes centrado na criança para o processo de aprendizagem e de socialização que constitui a escolarização. Entendemos aqui que se há uma dificuldade de aprendizagem, há uma responsabilidade compartilhada dessa dificuldade existir, não é só a criança que não consegue aprender, mas um sistema educacional, e social, que não consegue favorecer o aprendizado dela.

Essas perguntas mobilizam então outros olhares, modificam a forma de compreender o processo de escolarização, implicam todos os segmentos escolares e não escolares, modificam os instrumentos que serão construídos para compreender a complexidade da vida diária escolar e alteram as formas de intervenção para enfrentar as dificuldades encontradas no plano da escolarização (SOUZA, 2016).

Nesses treze anos de trabalho em CAPS Infantojuvenil (CAPSij) tive a oportunidade de vivenciar a forte relação entre a frequência de queixas escolares e casos de crianças e jovens em situação de sofrimento psíquico. De 2005 a 2010 no CAPSij de Carapicuíba, em 2010 no CAPSij da Sé, de 2010 a 2014 no CAPSij Vila Maria/Vila Guilherme e agora, desde 2014 no CAPSij Campo Limpo, na rotina dos

serviços foi possível escutar as dificuldades dos professores com o processo educacional cada vez mais complexo. E, por outro lado, entrar em contato com o constante questionamento quanto à evasão escolar por parte dos alunos. A partir desse contexto surge o desejo de trabalhar um campo de diálogo entre a saúde mental e a educação infantojuvenil, o qual favoreça uma visão ampliada das situações de sofrimento das crianças e jovens atendidos no CAPSij através do diálogo que sustente a permanência desses no contexto educacional.

DAZZANI (2014) explica que frequentemente a queixa escolar, sobretudo no interior da escola pública, tem demandado a atenção e a intervenção de serviços de saúde e, conseqüentemente, a atuação de profissionais como psicólogos, pedagogos, psiquiatras, neurologistas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Por “queixa escolar” entendem-se as demandas formuladas por pais, professores e coordenadores pedagógicos acerca de dificuldades e problemas enfrentados por estudantes no ambiente escolar.

De acordo com CABRAL E SAWAYA (2001), dois fenômenos merecem uma atenção especial: 1. Entre 50% e 70% das crianças e adolescentes encaminhados aos serviços públicos de saúde apresentam queixas relativas especificamente a dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento na escola, fato muitíssimo eloquente; 2. é comum ouvir relatos de professores sobre a indisciplina e agressividade dos alunos, suas dificuldades de aprendizagem, sobre o quanto a precariedade das condições de vida atrapalha o desempenho escolar, o desinteresse dos pais pela educação dos filhos e, por fim, que os estudantes não estão interessados pelo que é ensinado na escola.

OLIVEIRA (2000) afirma que o aprendizado

é o processo pelo qual o indivíduo adquire informações, habilidades, atitudes, valores, etc. a partir do seu contato com a realidade, o meio ambiente, as outras pessoas. É um processo que se diferencia dos fatores

inatos (capacidade de digestão, por exemplo, que já nasce com o indivíduo) e dos processos de maturação do organismo, independentes da informação do ambiente (maturação sexual, por exemplo). Em Vygotsky, justamente por sua ênfase nos processos sócio-históricos, a ideia de aprendizado inclui a interdependência dos indivíduos envolvidos no processo (p. 57).

Apontamos aqui a importância de ressaltar que, de acordo com o autor, o processo de ensino-aprendizado inclui sempre aquele que aprende, aquele que ensina e a relação entre as pessoas. A interação social é inerente ao aprendizado.

Ao nos depararmos com crianças que não brincam e não têm amigos na escola, que têm suas habilidades sociais prejudicadas, além de apresentarem dificuldades acadêmicas, encontramos-nos com um problema existencial. Em nosso contexto sociocultural, espera-se que crianças se interessem pela brincadeira, tenham curiosidade pelo mundo, queiram aprender. Logo, crianças que não brincam e não aprendem precisam de atenção e é um sinal de que o desenvolvimento está saindo do curso esperado. Faz-se necessário sensibilizar os adultos responsáveis quanto a esse sinal e ajudá-los a compreender quais são suas dificuldades e possibilidades de solução.

A partir das queixas apresentadas pelas escolas, observamos que essas focavam em questões relacionadas à interação da criança com seu meio, fosse ela uma interação tímida, retraída, energética ou agressiva. Considerando esse contexto, e ao estudar as fichas de encaminhamentos, a equipe levantou a proposta de classificarmos as queixas tomando como ponto de partida os tipos de interação.

Nesse sentido, levantamos três tipos de alterações na interação: 1. Interações agressivas: precisam de apoio para lidar com seus sentimentos e frustrações; 2. Interações de dispersão: necessitam de ajuda para desenvolver foco, concentração e atenção; 3. Interações tímidas/retraídas: demandam apoio para melhorar seu desenvolvimento das habilidades sociais (BRASIL, 2017). Ou seja, ao focarmos nesse ponto e nas possibilidades de ajuda, observamos que a relação interpessoal é

inerente a elas. Ela compõe todos os formatos de apoio que a criança e o jovem podem precisar.

Tendo em vista o conteúdo apontado e o contexto entre saúde mental e educação foi possível notar a importância e a diferença entre os conceitos de cuidar e educar. Segundo artigo escrito por JURDI et al (2017), no art. 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN – LEI Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, a educação infantil tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. A educação infantil como garantia de direito precisa trabalhar o binômio educar e cuidar de forma indissociada. Nesse sentido, cuidar e educar deve fazer parte da prática pedagógica desenvolvida.

De acordo com Marília Spósito (2018), no Brasil se avançou na ideia de cuidado/proteção da infância, mas não se pode dizer o mesmo quanto aos jovens e adolescentes.

Ao se refletir sobre cuidar e educar no ensino fundamental e médio é possível notar uma cisão, um distanciamento, entre esses dois conceitos. Essas escolas dedicam mais energia à educação: aos processos de alfabetização e conteúdo acadêmico. E também, devido às características de seu ambiente, como a alta concentração de alunos por sala de aula, às vezes não consegue encontrar lugar para o cuidar. O cuidado torna-se distante do cotidiano escolar. Os sintomas de agitação, incapacidade para permanecer parado, dificuldade para compreender, e obedecer, regras e limites, escondem o sujeito. Quem é a criança para além da hiperatividade? Qual história ele carrega? Quem são suas referências de cuidado e de educação?

No trabalho no CAPSij, o setor da saúde, por sua vez, enfoca o cuidar. Nos importa saber a história, os detalhes do desenvolvimento, como as relações familiares são estruturadas. Sobre o processo de escolarização pouco conseguimos opinar. Não possuímos a técnica adequada para investigar os processos de aprendizado e avaliar os níveis de alfabetização. Mas concordamos quanto à importância da escola como um dos principais eixos para se pensar o cuidado, e a permanência da criança ou jovem nesse espaço como um ponto fundamental para o desenvolvimento saudável.

No trabalho da saúde mental infantojuvenil o cuidado das crianças e jovens não se restringe ao serviço de saúde, assim como a educação não se restringe à escola. Quando um caso é acolhido no CAPSij, as necessidades de cuidado abrangem o serviço e a família, assim como a comunidade como um todo: vizinhos, escola, outras crianças, às vezes setores da justiça e do serviço social. Logo, a queixa de um comportamento de uma criança ou de um jovem não diz respeito somente ao indivíduo, mas sim às suas redes relacionais, às suas redes de suporte, de amizade, de contato. De acordo com JURDI et. Al. (p. 282, 2017)

o conceito de saúde desenvolvido na teoria winnicottiana nos leva a pensar indivíduo e sociedade de tal modo interligados que é possível pensar como um ambiente social hostil pode provocar efeito devastadores no processo de amadurecimento pessoal de cada uma dessas crianças.

Para WINNICOTT (1999), não podemos avaliar um homem ou uma mulher sem levar em conta seu lugar na sociedade.

O trabalho com a, e da, escola demanda criatividade. Às vezes é preciso construir novos espaços para que se criem outras relações com as crianças e jovens que não aprendem, que não permanecem sentados, que não prestam atenção, que não respeitam figuras de autoridade, que transcendem a ordem.

Na direção de fomentar espaços de diálogo entre os profissionais da educação e da saúde mental, o CAPSij Campo Limpo idealiza o EducAção. Nesse espaço trabalhamos junto às escolas possibilidades de compreensão das situações de sofrimento, além de relativizar o fato da queixa escolar estar centrada na criança, ampliando a compreensão de que as ações de cada um formam e são formadas pelas relações que os circundam. Ou seja, a escola, seu entorno, seus professores, a sala, a disposição das cadeiras e todas as relações que compõem o ambiente também estão envolvidos nas situações de sofrimento que se apresentam.

Permeada pelos conceitos de ensino, aprendizagem, relações e cuidado, a presente dissertação discorrerá sobre a análise do Programa EducAção como estratégia de formação permanente para os educadores que participaram do Programa. Discutiremos também questões relacionadas à aproximação dos núcleos saúde mental e educação e, nesse contexto, identificaremos se foi possível favorecer uma reflexão aprofundada sobre a influência do ambiente no comportamento das crianças e jovens, uma vez que tais comportamentos geralmente são vistos como de responsabilidade única dessas crianças, raramente considera-se o contexto que os circunda como parte integrante do problema.

Gostaríamos de justificar aqui o uso do termo Formação Permanente para nos referirmos ao processo contínuo de aprendizagem que se deu no caminho do EducAção.

No setor da saúde trabalhamos com o conceito de Educação Permanente em Saúde para descrever um marco conceitual de concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos (equipes, trabalhadores e parceiros). Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade.

A Educação Permanente em Saúde, segundo o Ministério da Saúde, reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. (BRASIL, 2014)

Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade.

Segundo os manuais elaborados pela equipe técnica no Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a EPS representa um eixo transversal com ações próprias atendendo estratégias que envolvem a gestão e a regulação do trabalho, o provimento de profissionais, as interações entre parceiros nas políticas do trabalho em saúde e a condução de programas formativos decorrentes da composição de quadros profissionalizantes no cuidado, na docência e na mobilização de práticas pedagógicas na rede SUS.

A EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Voltada aos problemas cotidianos das práticas das equipes, a EPS deve se inserir no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional.

Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui-se em um trabalho articulado

entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho (BRASIL, 2014).

Já no setor da educação, quando pesquisamos sobre tipos de formação, encontramos o termo Formação Continuada, o qual se refere à importância dos professores estarem em um processo permanente de aperfeiçoamento e renovação dos saberes necessários à atividade profissional. Ela é realizada após a formação inicial e tem como objetivo central assegurar um ensino de melhor qualidade aos educandos. Para tanto, possibilita um novo sentido à prática pedagógica ao contextualizar novas circunstâncias e ressignificar a atuação do professor. Ou seja, ela é o engajamento dos profissionais da educação em processos de aprimoramento, que lhes permite estar continuamente bem informados e atualizados sobre as novas tendências educacionais. (ALVARADO-PRADA et. al., 2010; GATTI, 2003)

Entretanto, Paulo Freire (2001) foi um pouco mais a frente, o autor trabalha com o conceito de Formação Permanente. Para ele, o referido processo tem como base a reflexão crítica sobre uma prática que não se reduz ao fazer, mas que implica a criticidade. Assim, a prática não é vista como um modelo a ser seguido, como reflexão apenas, mas como um momento de reflexão crítica de construção e reconstrução. A formação permanente proposta por FREIRE (2001) parte da inconclusão e do inacabamento dos seres humanos, considerando os sujeitos como seres que estão em construção, e a educação, por sua vez, como um processo permanente.

Ao destacar a educação como um processo permanente, chama a atenção para a condição histórico-social dos seres humanos como seres de busca. PORTO

(2016) a localiza como atividade inerente a um ser de busca, de construção e reconstrução de conhecimentos, que tem a sua subjetividade, a educação não pode ser considerada estática, mecânica, uma vez que é destinada a seres humanos, a sujeitos e não a objetos.

A educação como processo permanente defendida por Freire compreende os seres humanos como sujeitos que vivem a sua história, que estão nela inseridos, transformando-se, acompanhando suas mudanças. E por isso escolhemos o uso desse termo para construirmos essa dissertação. Sob essa ótica, os sujeitos educam-se e formam-se de maneira permanente, não havendo prazo para que essa formação esteja completa, construindo uma formação atemporal, ou seja, para o autor, e para nós, a formação permanente ultrapassa a ideia de tempo marcado para aprender, e consequentemente, a de completude. Por isso usaremos o termo formação permanente no decorrer do trabalho (PORTO, 2016).

2. ENRAIZAMENTO DA PESQUISA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece que crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento, e por isso é importante que no processo de desenvolvimento humano, eles tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertencimento a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade (BRASIL, 2014).

O ECA, diploma legal – seminal, e fundamental que veio para constituir o papel de crianças e adolescentes como sujeitos de direito e de deveres, descreve uma vasta gama de condições – jurídicas, sociais e assistenciais – que lhes devem ser assegurados.

No âmbito da saúde, especificamente, tem-se que o processo de saúde-doecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravo. A promoção da saúde exige, portanto, estratégias que favoreçam a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras para a defesa e a garantia de uma vida saudável (BRASIL, 2014).

Segundo VICENTIN (2006), não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento

(como angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo.

Muitos sintomas físicos podem ter origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com as instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras). Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento. Na dimensão da saúde enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, a questão essencial é a garantia do direito à palavra. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalha com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social.

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Ao compreender a população infantojuvenil como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, o serviço precisa de uma rede de cuidados que leve em conta as

singularidades de cada um, e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. Nessa rede os CAPS ocupam lugar de destaque.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) são serviços abertos e de caráter comunitário indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Atendem crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Ou seja, crianças e jovens com comprometimento grave e complexo do curso natural do desenvolvimento, com sérios riscos de rompimento de seus laços sociais de suporte, e devido a estes riscos, encontram-se em situação de vulnerabilidade e/ou sofrimento psíquico.

Os CAPSij encontram-se norteados pelos princípios da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (Brasil, 2005) que consideram que:

- Crianças e adolescentes são sujeitos psíquicos, de direitos e singulares.
- A concepção do cuidado indica a construção permanente da rede, tal concepção de rede aponta para o desenvolvimento de ações para além dos limites da instituição, e implica também na noção de território enquanto lugar psicossocial do sujeito.
- Acesso Universal, Acolhimento Universal: qualquer demanda ou necessidade de cuidado dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida.
- Encaminhamento implicado: o CAPSij tem que fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Cabe nesse item, quando necessário, a

desconstrução da demanda como demanda de tratamento, por exemplo, problemas de aprendizagem.

- Intersetorialidade: os serviços de saúde mental infantojuvenil, dentro das perspectivas que hoje regem as políticas de saúde mental no setor, devem colaborar com diversos equipamentos que atendem a essa população como partes integrantes do processo de cuidado. Escola, Conselho Tutelar, Pontos de Cultura e Serviços da Assistência Social formam uma trama de possibilidades e parcerias.

No campo da Infância e Adolescência, a articulação intersetorial constitui-se como ação fundamental na construção de uma rede capaz de atender as complexas demandas apresentadas. Considerando que a discussão da Reabilitação Psicossocial, aqui entendida como atitude estratégica, engajamento político, modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas psiquicamente vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais e, por isso, necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados (PITTA, 2001), fica, muitas vezes restrita ao campo da Saúde, observamos grande dificuldade de efetivar ações intersetoriais, e construir diálogos entre diferentes esferas de cuidado.

A proposta de trabalho intersetorial não é simples, mas necessária quando se trata do cuidado e atenção para com a população infantojuvenil. O artigo 11 do ECA assegura o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para tanto, iniciativas de aproximação entre os diversos setores revela potencialidades de discussão e construção conjunta, permitindo que realidades distintas possam se complementar dentro da proposta de cuidado integral.

Desse modo, na construção da rede de atenção integral de crianças e adolescentes, gostaríamos de conferir a devida importância aos processos educativos e às instituições que delas se ocupam formalmente.

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, tanto na promoção de fatores protetivos, quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Contudo não podemos esquecer que o ambiente escolar também gera situações de exclusão, sofrimento e violência. Não podemos deixar de lado as frequentes queixas de bullying, preconceito e discriminação que pairam nos diversos contextos escolares.

Por concentrarem a maior parte da população infantojuvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação.

Não são atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais. Mas está sob seu alcance a promoção de ambientes acolhedores, ações e situações que visem o desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre qualquer problema identificado, evitando assim todo tipo de discriminação.

Nessa direção, de favorecer espaços de diálogos entre a saúde e a educação, em 2016 a equipe do CAPSij Campo Limpo iniciou um grupo de trabalho para estudar as queixas escolares. Esse grupo se dedicou a realizar uma coleta de dados com o intuito de compreender o fluxo que estava sendo estabelecido entre as

escolas e o serviço de saúde mental, assim como o perfil dos usuários encaminhados pelas escolas para avaliação no CAPSij. A equipe identificou que a escola era responsável por 18% dos encaminhamentos realizados para o serviço.

Com base nesses dados, em junho de 2016, CAPSij Campo Limpo propôs a elaboração do Programa EducAção – Matriciamento das Escolas – com o objetivo de ampliar o olhar direcionado às queixas escolares; refletir sobre os encaminhamentos direcionados ao CAPSij; elaborar coletivamente os Projetos Terapêuticos Singulares das crianças e jovens atendidos na CAPSij que também são alunos, e oferecer um espaço de formação permanente aos professores. No decorrer do trabalho apresentaremos o Programa de forma detalhada.

E assim, após dois anos de funcionamento sentimos a necessidade de analisar o Programa EducAção, avaliar se seus objetivos tinham sido alcançados. Desse modo, surge a questão norteadora dessa dissertação: No que o Programa EduAção se tornou para os professores? A partir do ponto de vista deles, o que era o Programa? Nesse momento, talvez nos caiba intuir que embora seu objetivo fosse favorecer a integração, primeiro o EducAção se deu como espaço de formação permanente, e depois, como o amadurecimento da proposta, construíram-se ações intersetoriais.

E, nesse processo no qual convidamos o leitor a nos acompanhar, estaremos atravessados pela ideia de que é necessário instituímos olhares e práticas transformadores que tornem possível o questionamento de certos modelos de atendimento e a psicopatologização de problemas políticos sociais, com a construção de um trabalho participativo, onde haja a circulação e troca de saberes e desenvolvam-se ações coletivas (SARAIVA, 2007).

Primeiramente, discorreremos quanto ao enraizamento teórico da pesquisa e buscaremos aqui trazer à tona os principais referenciais teóricos utilizados na construção da dissertação. Sequencialmente virá o capítulo que trata dos objetivos da pesquisa, tanto geral, quanto específicos.

Em seguida apresentaremos o percurso metodológico, este permeado pela descrição do local de estudo; instrumentos e procedimentos de análise; sujeitos da pesquisa; critérios de inclusão; instrumentos de coleta e análise de dados.

No quinto capítulo apresentaremos o cenário no qual a pesquisa se desenvolveu: com as características do território e do serviço pretendemos favorecer uma aproximação do leitor sobre a natureza, os detalhes e as particularidades do Campo Limpo e seu CAPSi. Logo em seguida, ainda no mesmo capítulo, conversaremos sobre os dois pilares da dissertação: a intersetorialidade e a relação entre saúde mental e educação, assim como falaremos especificamente da intersetorialidade como direção política, suas potências, referências e implicações. No subitem: As Interfaces da Inclusão, discorreremos sobre os parceiros que têm se dedicado a construir os processos de inserção e manutenção dos alunos no contexto escolar.

Já no sexto capítulo contaremos, especificamente, o percurso do Programa EducAção, onde o leitor encontrará referências sobre sua história desde o início – relatada com a maior riqueza de detalhes possível –, faremos menção ao levantamento de dados acerca dos encaminhamentos realizados pelas escolas ao CAPSi e o leitor encontrará dados sobre o funcionamento do Programa de forma geral.

Dando sequência ao caminho, traremos a apresentação e discussão dos resultados. Para concluir nossa leitura, teremos as Considerações finais.

Esperamos que a experiência advinda da leitura do presente trabalho traga inspirações e reflexões frutíferas para todos que se dedicam a garantir a permanência na escola daquelas crianças e jovens que não conseguem por si só fazê-lo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a formação permanente de professores oferecida por um equipamento de saúde mental infantojuvenil visando a integração saúde mental- educação: o Programa EducAção.

3.2 Objetivos Específicos

Refletir com os professores sobre os encaminhamentos realizados ao serviço de saúde mental infantojuvenil (CAPSi) pelas escolas;

Avaliar a importância da participação da Escola na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares das crianças atendidas no CAPSi;

Identificar se o Programa se constituiu como espaço de construção de ações intersetoriais caracterizadas por adaptações nos dois setores em prol da saúde mental infantojuvenil.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo (CAPSij Campo Limpo), o qual é administrado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

A escolha do local se deu pelo fato da pesquisadora fazer parte da equipe técnica e ter a intenção de aprofundar seus conhecimentos a respeito da relação entre saúde mental e educação, e através desse estudo favorecer uma reflexão teórica acerca do trabalho desenvolvido pelo serviço nas ações intersetoriais em prol da saúde mental infantojuvenil.

4.2 Instrumentos e Procedimentos

Pesquisa empírica de natureza qualitativa na qual se empregou a técnica de grupos focais para coleta de dados e os princípios de análise de conteúdo temática para a análise desses dados.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa os profissionais da educação que frequentaram as reuniões do Programa EducAção no período entre 2016 e 2017.

4.4 Critérios de inclusão

Profissionais da educação que frequentaram as reuniões do Programa EducAção no período entre 2016 e 2017 e aceitaram, espontaneamente, participar da pesquisa.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

A escolha pelo grupo focal se deu a partir do objetivo de recuperar os agenciamentos dos saberes, práticas e afetos circulantes nos processos do trabalho desenvolvido, na construção coletiva de estratégias e implicações relacionadas à produção do cuidado tanto na escola quando no CAPSij Campo Limpo.

Segundo GATTI (2012), a maior potencialidade do trabalho com grupo focal está ligada à possibilidade que ele oferece de trazer um conjunto concentrado de informações de diferentes naturezas (conceitos, ideias, opiniões, sentimentos, preconceitos, ações e valores) para o foco de interesse do pesquisador.

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão,

permite também a compreensão de ideias compartilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2012).

MINAYO (2014) sugere que o grupo focal seja utilizado com a finalidade de obter informações sobre um contexto específico ou obter informações sobre novos produtos, conceitos, fenômeno. Segundo a autora, as razões que justificam a escolha dessa técnica seriam: 1) a interação pode fomentar respostas mais interessantes ou novas ideias originais; 2) a expressão de participantes homogêneos facilita suas reflexões, ao mesmo tempo que incita opiniões contrárias; 3) o tema não é tão delicado a ponto de dificultar as respostas; 4) o tema tem a possibilidade de ser discutido por todos os participantes.

Em seu artigo sobre a utilização de grupos focais, RESSEL (2008) enfatiza que o grupo focal permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema. Ele também proporciona explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isso se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais. Para além dessas possibilidades, no mesmo artigo, o autor destaca a indicação do grupo focal que vai ao encontro do objetivo deste estudo que consiste em ampliar a compreensão e a avaliação a respeito de um projeto, programa ou serviço. E pode ser associado a outras técnicas de coleta de dados, concomitantemente.

Para a coleta de dados foram agendados dois grupos focais com profissionais da educação que participaram do Programa Educação no período entre 2016 e 2017 e a reunião com os professores tinha como objetivo principal analisar esse Programa como espaço de formação permanente.

Os professores receberam o convite por e-mail para participar da pesquisa. Em cada reunião do Programa Educação os participantes informam um e-mail para

contato pelo qual se realiza a troca de materiais e de informações sobre as pautas discutidas e organizam-se os encontros futuros – foi por este e-mail que o convite foi enviado.

Oferecemos dois dias e dois horários para serem escolhidos pelos professores, desse modo eles puderam considerar o que seria mais adequado, e possível, dentro de sua rotina. Enviamos o convite para 50 professores; recebemos 13 respostas positivas e uma negativa; 37 professores não se manifestaram. No dia da realização do grupo, tivemos duas faltas sem justificativa. Foram realizados dois grupos, um com cinco professores, e outro com seis. Caso houvesse um número superior de interessados no estudo, agendaríamos outros dias para os encontros.

Foi elaborado um roteiro de questões para nortear as discussões (Anexo II). Cada grupo contou com um mediador e os participantes. Os encontros foram gravados e, posteriormente, transcritos. O material resultante da transcrição formou o conjunto de dados a serem analisados (GATTI, 2012).

4.6 Aspectos Éticos

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios e diretrizes da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi autorizada pela Coordenadoria Regional de Saúde do Campo Limpo e submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, sob o nº 3.268.500.

A confidencialidade, o sigilo e a voluntariedade foram garantidas aos participantes mediante leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

4.7 Análise dos Dados

No processo de análise de dados foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo Temática. Segundo MINAYO (2014, p.315), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de palavras, de frases ou de um resumo. Nesse processo são levantados os núcleos de sentido através do trabalho nas seguintes etapas:

1. Pré-Análise: escolha dos documentos a serem analisados e retomada das hipóteses e objetivos da pesquisa. Esta etapa foi dividida em: leitura flutuante; constituição do corpus; formulação e reformulação das hipóteses e objetivos. Desse modo definimos as unidades de contexto e os recortes. E após reler o material diversas vezes levantamos as seguintes categorias: a) noções de cuidado; b) relação entre família e escola; c) controle do incontável (sentimentos e emoções dos professores em relação aos alunos tidos como difíceis); d) o papel do laudo médico; e) a escola e sua estrutura; f) os papéis do CAPSij; g) articulação entre serviços, categorização; h) necessidades/pedidos dos professores.

2. Exploração do Material: nessa fase na qual o objetivo era formular uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto, para tanto foi preciso encontrar as categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala era organizado. Desse modo agregamos os dados em três grandes núcleos que receberam os nomes de: O Programa Educação como espaço de formação permanente e de cuidado para o professor (aqui foram inseridas as categorias a, c e h; O papel do Programa Educação no trabalho intersetorial (incluímos aqui as categorias g, b, e; e sob o ponto de vista da escola, para que serve o CAPSij (com as categorias d, g, f).

3. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação estarão presentes no capítulo sobre Apresentação e discussão dos resultados.

5. APRESENTAÇÃO DOS CENÁRIOS

5.1 O território: Campo Limpo

O CAPSij Campo Limpo está localizado no município de São Paulo e sua área de abrangência corresponde aos distritos: Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade. As três regiões também são representadas pela Prefeitura Regional do Campo Limpo.

Desse modo, quando nos referirmos à região do Campo Limpo, consideraremos o conjunto dos três distritos: Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo.

Segundo informações localizadas no site da Prefeitura de São Paulo, a região ocupa uma área de 36,7 km² e está situada entre as Subprefeituras de Butantã, Santo Amaro, e M'Boi Mirim, e faz divisa com os municípios de Taboão da Serra, a oeste e de Itapeverica, a sudoeste.

Está localizada a cerca de 16 quilômetros do Marco Zero da cidade de São Paulo, na Zona Sudoeste, e possui uma população aproximada de 700.000 habitantes, uma taxa de urbanização de 100% e densidade demográfica média de 13.786,6 hab./km² (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aponta para a divisão econômica e social que a região apresenta. O distrito do Campo Limpo e Vila Andrade apresentam IDH elevado de 0,80 e 0,85, contudo ao observarmos a renda média da população no Campo Limpo temos R\$ 1.745,78, e na Vila Andrade R\$ 3.383,44, tal contraste ilustra o fato de termos no distrito Vila Andrade o condomínio de alto padrão Panamby e também a maior favela de São Paulo, Paraisópolis. Por sua vez,

Capão Redondo é caracterizado por um IDH médio de 0,78, com renda média de R\$ 1.450,00 (IBGE, 2010).

Ao percorrer o território em visitas domiciliares e ações de matriciamento é possível notar tal diferença social. Onde vivem famílias com baixa, ou baixíssima, renda em favelas, ocupações e conjuntos habitacionais populares, também vemos logo ao lado condomínios horizontais e verticais de classe média, média alta e alta. Além disso o bairro possui grandes áreas de comércio popular e uma atividade industrial em processo de declínio, com alguns poucos galpões e fábricas ainda em atividade.

Segundo BORELLI (2012), a região de Campo Limpo é caracterizada por 237 favelas e 15 áreas de risco de desabamento, de forma que, em períodos de fortes chuvas, a região é assolada pelas enchentes de córregos em função do despejo de entulho em locais irregulares. Déficit habitacional e enchentes são os grandes problemas da região; na falta de habitações adequadas, parte da população menos favorecida passa a viver em submoradias, à beira de córregos.

os dados confirmam que o risco ambiental não se distribui de forma aleatória entre os diversos grupos sociais, mas segue os padrões de desigualdade e segregação social que marcam a estruturação das cidades. São exatamente as populações menos favorecidas, por características de renda, escolaridade, cor, gênero, que residem ou utilizam os territórios de maior vulnerabilidade ambiental que se superpõem à vulnerabilidade social. Nesse contexto, a juventude merece atenção especial por seu potencial como força propulsora de ações coletivas em busca de sociedades mais humanas e equitativas (BORELLI, 2012, p. 66).

O crescimento da região, assim como em outras áreas periféricas da cidade, ocorreu de maneira mais intensa entre as décadas de 1970 e 1980, sem planejamento necessário pelos órgãos públicos.

A partir da década de 1990 o bairro sofreu um crescimento imobiliário com o lançamento de empreendimentos residenciais para a classe média, principalmente por sua proximidade com centros comerciais e empresariais como o Centro

Empresarial São Paulo, a Marginal Pinheiros e a região da Avenida Engenheiro Luís Carlos Berrini, além de também ser vizinho de bairros considerados nobres, como a Vila Andrade e Morumbi. Por esse motivo começou a atrair novos moradores com perfil diferente dos moradores que vieram na primeira fase de ocupação na década de 1960: muitos destes têm nível superior e/ou são profissionais liberais de outros bairros em busca de preços mais acessíveis de imóveis e próximos de suas áreas de trabalho (SÃO PAULO, 2017).

A partir de 2001, o Campo Limpo iniciou uma modesta ação de crescimento em construções e instalações comerciais e educacionais. Recentemente, o subdistrito recebeu duas unidades da Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN), e em 2006 a Faculdade Horizontes, no Campus do Colégio Concórdia, supermercados e hipermercados, além do recém-inaugurado Shopping Campo Limpo, localizado no distrito vizinho de Capão Redondo. Nesse último, estão presentes as cinco únicas salas de cinema da região (SÃO PAULO, 2017).

Apesar da construção de Centros Educacionais Unificados (CEU), faltam mais opções de lazer e cultura para a população da área. O bairro de Campo Limpo possui somente duas bibliotecas municipais, a Biblioteca Marcos Rey e a Biblioteca Helena Silveira.

No estudo intitulado “Vulnerabilidades sociais e juvenil nos mananciais da zona sul da cidade de São Paulo”, BORELLI (2011) aponta que territórios da periferia do município têm as seguintes características negativas: menor acesso a serviços essenciais, maior exposição a riscos de saúde, maior propensão à violência e menores chances de mobilidade social. A mesma autora aponta que estudar nas escolas de áreas periféricas, caracterizadas por alunos de baixa renda e pais com baixa escolaridade, acarreta em impactos consideravelmente negativos sobre o

desempenho escolar, que conseqüentemente irão se refletir no acesso às estruturas de oportunidades (BORELLI, 2011).

Outro indicador importante para obtermos informações sobre o território é o Mapa da Desigualdade da Cidade, divulgado no ano de 2016 pela Rede Nossa São Paulo, que revela que o índice de homicídios de jovens (de 15 a 29 anos) do sexo masculino é de 10,44 por 10 mil habitantes dessa faixa etária, no distrito do Campo Limpo. Na Vila Mariana, por outro lado, o indicador para esse tipo de crime é de 0,642. De acordo com os dados atualizados, a diferença entre o pior indicador da cidade (Campo Limpo) e o melhor (Vila Mariana) – que a Rede Nossa São Paulo chama de “desigualtômetro” – é de 16,26 vezes. Ou seja, o risco de um jovem ser vítima de homicídio no Campo Limpo é 16 vezes maior do que na Vila Mariana (GOES, REDE NOSSA SÃO PAULO, 2017).

Esse mesmo índice aponta que o distrito de Vila Andrade tem os piores índices no município para equipamentos públicos municipais de esporte e também para a porcentagem de domicílios em favela sobre o total de domicílios da região. Segundo a Rede Nossa São Paulo, a Vila Andrade apresenta 604,43 vezes mais favelas em relação a Pinheiros. De acordo com SILVA (2018), e como já citado anteriormente, no distrito de Vila Andrade está a favela de Paraisópolis, reconhecida como a maior favela da capital segundo levantamento realizado pelo IBGE em 2010. Na rotina do serviço ouvimos os relatos dos moradores queixando-se da precariedade da qualidade dos serviços públicos como escola, unidade básica de saúde, transporte público e a forte presença do tráfico de drogas interferindo na organização da comunidade.

Embora seja uma região empobrecida em termos de recursos e investimentos financeiros, os movimentos sociais e culturais sempre foram um forte

marco na história da Zona Sul de São Paulo. Graças ao movimento de Controle Social advindo do Conselho Gestor Municipal de Saúde, o CAPS Infantojuvenil e o CAPS Álcool e Drogas do Campo Limpo foram construídos, inaugurados e estão funcionando.

A rede de saúde, em cada distrito, é composta pelos seguintes serviços:

Capão Redondo

AMA Capão Redondo
 AMA Especialidades Capão Redondo
 AMA/UBS Integrada Pq Fernanda
 CAPS II Adulto Jd Lidia
 CECCO Santo Dias
 CER III UBS Jd Marcelo
 PA Municipal Jd Macedônia
 UBS Jd Comercial
 UBS Jd Eledy
 UBS Jd Germânia
 UBS Jd Lídia
 UBS Jd Macedônia
 UBS Jd Magdalena
 UBS Jd Maracá
 UBS Jd Marcelo
 UBS Jd São Bento
 UBS Jd Valquíria
 UBS Luar do Sertão
 UBS Pq do Engenho
 UBS Pq Maria Madalena

Campo Limpo

AMA Jd Pirajussara
 AMA/UBS Integrada Vila Prel – Antônio Bernardes de Oliveira
 CAPS Alcool e Drogas III Campo Limpo
 CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo
 CECCO Campo Limpo
 CEO II Campo Limpo
 HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA - Campo Limpo
 SAE DST/AIDS Jd Mitsutani
 UBS Alto do Umuarama
 UBS Arrastão – Dr. Francisco Scalamandre Sobrinho
 UBS Campo Limpo
 UBS Jd Helga
 UBS Jd Mitsutani
 UBS Jd. Olinda
 UBS Pq Arariba
 UBS Pq Regina

Vila Andrade

AMA Paraisópolis
CAPS Adulto III Paraisópolis
UBS Jardim das Palmas
UBS Paraisópolis
UBS Paraisópolis II
UBS Paraisópolis III
UBS Vila Praia - Dr. Vitorio Rolando Boccaletti

Com relação ao sistema educacional, a rede de instituições do Campo Limpo é composta da seguinte forma:

Tabela 1 – Distribuição das escolas no território de acordo com a divisão dos subdistritos

	Campo Limpo DRE Sul 1	Vila Andrade DRE Sul 1	Capão Redondo DRE Sul 2
Escola Estadual	18	7	28
Escola Municipal	46	14	50
Colégio Particular	99	37	103
Secretaria do Estado da Ciência e Tecnologia	0	1	0
sub total	163	59	181
Total			403

Dados levantados no site da Secretaria da Educação, junho 2018.

Temos assim, um território com 29 Unidades Básicas de Saúde, 403 escolas e quase 700 mil habitantes. Ressaltamos aqui a importância de construirmos espaços de discussão entres diferentes áreas que contemplem esse território tão numeroso. Esperamos, com este trabalho, contribuir para a formação de outros núcleos de formação e articulação entre educadores e profissionais da saúde mental infantojuvenil.

5.2. O CAPS Infantojuvenil Campo Limpo

O CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo foi inaugurado em 24 de agosto de 2014. Sua construção e funcionamento são resultado de sete anos de lutas do Conselho Gestor Municipal. Segundo os conselheiros neste período foram realizadas inúmeras assembleias e reuniões a respeito da necessidade de um serviço que atendesse especificamente crianças e adolescentes com transtorno mental grave, em situação de sofrimento psíquico e/ou uso de substâncias psicoativas.

Até a abertura do serviço os atendimentos de saúde mental para essa população eram realizados pelas Unidades Básicas de Saúde, ou pelos CAPSij Santo Amaro e CAPSij M'boi Mirim. Assim que o CAPSij Campo Limpo foi inaugurado, os casos atendidos por esses serviços foram diretamente encaminhados para sua referência territorial.

Localizado no Jardim Bom Refúdio, ao lado do Terminal Campo Limpo e da Praça do Campo Limpo, uma das maiores áreas verdes da região, a praça é um local frequentado pelos moradores, transeuntes, crianças, idosos, usuários de substâncias (jovens e adultos). Jovens utilizam as quadras para jogar bola, enquanto os equipamentos para a terceira idade são tomados por adultos e idosos. Logo ao lado, no parquinho, crianças de todas as idades brincam nos brinquedos desgastados. Nos bancos temos pessoas em situação de rua conversando, cozinhando e, por vezes, fazendo uso de substâncias. O CAPSij utiliza a praça e a quadra para realizar alguns de seus grupos, favorecendo assim a ocupação democrática do espaço com as famílias, que têm tanta dificuldade em acessar os espaços públicos da cidade.

A construção – material e simbólica – do CAPSiJ Campo Limpo pôde ser planejada, programada, sonhada, o que garantiu a formação de um processo de trabalho intensamente rico.

O convênio entre a Prefeitura de São Paulo e a Sociedade Brasileira Israelita Beneficente Albert Einstein para administração do serviço foi selado um ano antes de sua abertura. O objetivo desse processo foi o de favorecer a presença da gerente do futuro CAPSiJ no acompanhamento da obra, e no processo de contratação da equipe. Nessa direção foi possível inaugurar um serviço com espaço adequado ao atendimento de crianças e jovens, assim como a contratação de uma equipe com pensamento clínico e teórico alinhados à Política de Saúde Mental vigente.

5.2.1 Organização do Processo de Trabalho

Desde o início do trabalho no CAPSiJ Campo Limpo, a gestão se preocupou em garantir, para cada profissional, horários pré-definidos para a realização de ações específicas. As agendas abrangiam atendimentos individuais e/ou familiares, grupos, plantão (acolhimento e convivência), reuniões e ações no território. Essas ações compreendiam reuniões nas Unidades Básicas de Saúde, reuniões com escolas, visitas domiciliares, visita a espaços culturais etc. No decorrer dos anos, a equipe pôde organizar suas atividades levando em consideração as demandas tanto do território – rede de suporte social e de saúde – quanto as internas no serviço.

Atualmente, as ações territoriais são concentradas em reuniões nas Unidades Básicas de Saúde (com as equipes de Estratégia de Saúde da Família), Ações de Matriciamento (visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, grupos compartilhados), reuniões nas escolas, Matriciamento Intersetorial (reunião mensal

que acontece no CAPSij e convidamos a rede de atenção às crianças); Educação (Matriciamento das Escolas) e Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil de São Paulo.

Como era de se esperar, a programação de horários para ações territoriais favoreceu de forma significativa a organização da equipe para garantir uma presença viva nos espaços de discussão e construção compartilhada do cuidado.

Além das ações de território, outra atividade que ocupa parte significativa das agendas dos profissionais é a realização dos grupos. A quantidade de horas dedicadas a eles demonstra a importância desse dispositivo de cuidado no plano terapêutico das famílias atendidas no serviço. Geralmente, em um contrato de 30h semanais, em média, uma parcela de 9h será direcionada a eles.

há momento em que a criança obtém sucesso em implicar os terapeutas em seu projeto de vida. Abre-se uma familiaridade entre os terapeutas e tudo aquilo que eles testemunham cotidianamente com a criança: passam a sofrer juntos a reinvenção do mundo. Reinventar o mundo é a travessia coletiva das fronteiras da exclusão: as ressonâncias entre terapeutas e crianças das fronteiras de um território comum, em que as diferença-danos das crianças deixam de construir obstáculos para o crescimento, e tornam-se um desafio assumido coletivamente. (...) Nesse momento é preciso que terapeutas e famílias criem dispositivos que darão ao social uma qualidade coletiva, acessível e protetiva, para que a potência dos pequenos loucos para cavar túneis através de obstáculos impensáveis possa se realizar. (BASILE, 2003, p.152)

No ano de 2016 a equipe acordou, enquanto direcionamento clínico, que familiares e acompanhantes deveriam participar de todas as atividades grupais desenvolvidas no CAPSij Campo Limpo. Cada grupo se organiza para acolher as crianças, jovens e familiares em atividades compartilhadas, ou separadas (nesses casos, as famílias permanecem em uma sala e as crianças e jovens em outra, mas estão todos em atendimento). A orientação dos familiares e acompanhantes participarem ativamente do processo terapêutico se deu a partir da observação dos grupos e discussões de equipe nos quais pudemos notar que quanto maior a implicação da família no Projeto Terapêutico Singular da criança ou jovem, melhor

era seu desenvolvimento. Assim, enquanto equipe, assumimos a postura de que precisamos das famílias para promover uma evolução terapêutica das crianças e jovens.

Dessa forma, os grupos são organizados a partir da demanda de cuidado dos usuários, e de suas idades; e todos os familiares e acompanhantes participam. Atualmente temos grupos para intervenção precoce (crianças até 4 anos com atraso de desenvolvimento); grupos para jovens; grupos para crianças com idade entre 7 e 12 anos com questões relacionadas à dificuldade na interação, para lidar com frustração, aceitar regras e limites e que apresentam empobrecimento significativo do brincar e na criatividade; oficinas de futebol, artesanato e escrita.

Os atendimentos grupais são o “carro-chefe” do trabalho no CAPSij e por meio deles nos aproximamos das queixas trazidas pelas famílias, buscamos alternativas para suas dificuldades nas relações e nos afetos.

Além dos grupos e ações intersetoriais, a equipe técnica do CAPSij se organiza também para realizar reuniões diárias de equipe, das 13h às 14h, horário em que temos a grande maioria dos profissionais no serviço. Às segundas e quintas-feiras, as mini-equipes (explicaremos com detalhes a divisão dessas equipes a seguir) se reúnem para discutir questões específicas de cada região. Às terças e sextas-feiras a reunião é geral, com a participação de toda a equipe. E, às quartas-feiras, são organizadas as reuniões dos Grupos de Trabalho (GT) que se distribuem da seguinte forma:

Quadro 1 – Grupos de Trabalho CAPSij Campo Limpo

Grupo de Trabalho	Objetivos
Rede	Organização da rede de serviços disponíveis em nosso território, e apropriação de suas atividades para que os encaminhamentos sejam assertivos e as famílias sejam atendidas de forma adequada.
TDAH (Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade)	Organizar o fluxo de inserção e avaliação dos usuários que são atendidos no CAPSij com queixa de desatenção, hiperatividade e/ou fazem uso de metilfenidato.
Queixas Escolares	Analisar e refletir sobre os encaminhamentos realizados pelas escolas.
Acolhimento	Analisar nosso processo de acolhimento, instrumentalizar a equipe quanto aos processos avaliativos e orientar a equipe quanto ao preenchimento adequado das fichas de acolhimento.
Segurança	Planejar ações que visam garantir a segurança dos usuários e técnicos na realização de suas atividades.
Comissão de Festas	Organizar as festas do ano (Festa Junina, Festa dos Amigos (aniversário do CAPSij) e Festa de Final de Ano) quanto à decoração, atividades, convites e pedido de alimentos.
NPV (Núcleo de Prevenção à Violência)	Elaborar e acompanhar o fluxo de atendimento de crianças e jovens vítimas de violência no CAPSij, planejar ações de prevenção, acompanhar os processos de notificação (SINAN – Sistema de Informação de Agravos da Notificação).

Para completar as atividades descritas, uma vez por mês utilizamos o horário da reunião para atividades de Educação Permanente da equipe. Nesse espaço realizamos estudos de casos, nos debruçamos sobre um tema específico ou compartilhamos as discussões dos Grupos de Trabalho com a equipe toda.

Outra ocupação de suma importância é o Plantão e o Espaço de Convivência. Os profissionais que estão nessas atividades são responsáveis por organizar as demandas que chegam ao serviço sem agendamento: os acolhimentos (pessoas que procuram o serviço pela primeira vez), as intercorrências (solicitações de relatórios, mudança de grupo, situação de angústia que não pode esperar o atendimento agendado etc), os atendimentos de crise e o espaço de convivência.

O Plantão e o Espaço de Convivência compõem as ações inesperadas no serviço. Aqui os profissionais se vêm a frente de coordenar imprevistos, conviver com a crise e sustentar a existência, constantemente, no limite da tolerância, da esperança. Garantir relações que tragam experiências de cuidado não invasivas. Enxergar o que há de terapêutico nas entrelinhas do cotidiano, da convivência.

MARAZINA (2000) em seu texto: “As Fronteiras entre o Trabalho Terapêutico da Rede Pública” aponta para a angústia que se apresenta diante da possibilidade de conviver com os pacientes. A autora discorre sobre o fato de muitas vezes os técnicos passarem o dia inteiro com o paciente fazendo atividades direcionadas, contudo se desorganizam diante da convivência. Segundo a autora

quando se trata de medicar, interpretar, fazer entrevistas, oficinas, etc, está perfeito; agora, quando não há essa referência mais codificada e quando não se fornece um modo de ser, um continente dentro de um vínculo codificado, o jogo vincular com o paciente torna-se ameaçador (p.169).

Assim se constituem as ações do lado de dentro do CAPSi Campo Limpo. A partir de agora, apresentaremos os fazeres que marcam a presença viva da equipe no território.

5.2.2 A Territorialização como Modelo Organizacional

Com a intenção de oferecer suporte e articulação adequados à rede de atenção à criança e ao adolescente, a equipe do CAPSi é dividida em duas mini-equipes: a Branca e a Verde. Tal organização contribui para direcionar o foco da atenção às necessidades da população que vive em uma determinada região, além de favorecer a apropriação, por parte da equipe, dos recursos nela existentes, e considerar os princípios do SUS de regionalização e integralidade.

Nessa direção cada mini-equipe é responsável por conhecer, matriciar e articular os serviços de suas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), manter contato

frequente com os SAICA's (Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes) que utilizam essas UBSs, e os CAPS Adulto (Paraisópolis e Jd. Lídia) e CAPSad III Campo Limpo. As ações com a rede intersetorial se dão através de reuniões mensais nas unidades básicas de saúde e reuniões no CAPSij – matriciamento intersetorial e Programa Educação.

Além dessa organização, dentro de cada mini-equipe, cada profissional é referência para, pelo menos, uma UBS. Esse técnico fica responsável por organizar as reuniões, discussões de caso e acompanhamento dos usuários que frequentam o CAPSij e o uso de determinada unidade. Assim como as famílias do CAPSij que têm aquela unidade como referência, também terão o técnico de referência para aquela determinada UBS como sua referência no CAPSij. Por exemplo, uma família que é acolhida no CAPSij e usa a UBS Jardim das Palmas, terá como técnico de referência a mesma pessoa que cuida da UBS. Por esse caminho pretendemos aproximar as famílias e suas histórias construídas na ponte entre a Atenção Básica (da Saúde e da Assistência Social) e a Saúde Mental.

Desse modo, cada profissional tem a missão de se constituir como referência de cuidado para a UBS, e ainda assim se apropriar do cuidado oferecido por ela às famílias que são sua referência CAPSij, verificar se as equipes de Estratégia da Família (ESF) conhecem a casa, seus moradores e seus detalhes, e se conhecem o acompanhamento do CAPSij para aquele grupo de pessoas. Por esse caminho vamos construindo o cuidado em rede, chamando para perto todo mundo que pode compor e criar laços de sustentação para cada família.

5.2.3 Características do CAPSij Campo Limpo

Com o intuito de ilustrar o trabalho desenvolvido pelo CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo, apresentaremos aqui o resumo dos dados de produtividade no ano de 2017. Esses dados foram levantados pela instituição para possibilitar a visão quanti e qualitativa do trabalho realizado, e assim favorecer uma análise crítica dos dados para, posteriormente, elaborar planos de trabalho baseados nessas evidências.

De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários. No imaginário social, e na prática do serviço, é possível observar que muitas demandas são direcionadas à saúde mental, mas nem todas correspondem a situações graves de sofrimento psíquico ou apresentam necessidade de acompanhamento por essa área.

Segundo as Portarias Ministeriais nº 336/2002, 189/2002 e 854/2012, os CAPS devem oferecer acompanhamento em diferentes níveis de intensividade de tratamento, de acordo com a necessidade de cada usuário. Os níveis se dividem em:

Acolhimento/Hospitalidade Diurna: modalidade de cuidado voltado ao atendimento a situações de crise. Prevê frequência diária ao serviço e atenção constante dos profissionais da unidade. Desse modo recorre-se ao afastamento diurno do usuário das situações conflituosas com o objetivo de manejar situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtorno mental (incluindo aqueles por uso de álcool e outras drogas) que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidade

de convivência, para a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, do convívio familiar e comunitário.

Atendimento Intensivo: destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico, demandem cuidados intensivos e diários em saúde mental, com frequência igual ou superior a três vezes por semana no CAPS Infantojuvenil.

Atendimento Semi-Intensivo: tratamento indicado para usuários que não precisam participar de atividades diárias, mas sim semanais. Esse perfil geralmente participa de grupos e atividades uma ou duas vezes por semana.

Atendimento Não Intensivo: demanda de cuidado com necessidade de acompanhamento quinzenal/mensal (pacientes em processo de alta ou de avaliação).

Matriciamento: demanda de cuidado "à distância": nesses casos a equipe está em contato constante com a atenção básica, ou outros serviços da rede, com o objetivo de: a) direcionar a família ao CAPSij, b) estimular que a família siga a modalidade de cuidado indicada; c) família está em processo de alta com indicação de seguimento em outros serviços.

No gráfico abaixo, podemos observar a distribuição dos usuários de acordo com seu PTS. Vale destacar também que os PTSs “em avaliação” formam uma categoria que não estava prevista na portaria acima descrita, contudo, para nossa organização, consideramos importante discriminar os PTSs que estavam nessa situação.

No gráfico também podemos observar a distribuição de Projetos Terapêuticos Singulares no decorrer do ano. O número de PTSs semi-intensivo sobressai sobre as outras intensividades de atendimento. Isso retrata que a maior parte dos casos

acompanhados no CAPSiJ não se encontra em situação aguda de sofrimento, pois estão em processo de cuidado constante, com frequência semanal e estáveis.

Gráfico 1 – Distribuição dos Projetos Terapêuticos Singulares em status por mês em 2017

Embora o gráfico não mostre esses detalhes, baseados na vivência do serviço, podemos sugerir que nesse grupo se encontram principalmente as crianças com sintomas autísticos e atraso no desenvolvimento. Já no grupo de PTS Intensivos, temos uma concentração maior de quadros psicóticos, depressão grave e transtorno de personalidade. Já no grupo dos Não Intensivos, estão os casos em processo de alta, ou que frequentam o CAPSiJ mensalmente para monitorarmos a continuação da melhoria dos sintomas, ou seja, precisam de um cuidado contínuo, mas não semanal.

Após três anos e meio de funcionamento, o CAPSiJ Campo Limpo apresentava em dezembro de 2017 568 Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) ativos, número bem superior à meta de 150 estipulada para um CAPS Infantojuvenil II.

Gráfico 2 – Comparativo de total de usuários cadastrados em 2017 em relação à meta por mês.

Com relação aos acolhimentos, ao recebermos uma família e suas demandas de cuidado, temos três possibilidades de desfecho:

1. Abrir prontuário: são os casos que demandam inserção no CAPSij, então elaboramos o PTS junto com a família e iniciamos o acompanhamento.
2. Encaminhamentos: casos que não apresentavam demanda de cuidados para o CAPSij, e assim são encaminhados aos serviços que possam atendê-los de forma adequada.
3. Retorno do acolhimento: são os casos que não conseguimos avaliar no primeiro encontro para verificar se a demanda de cuidado seria para o CAPSij ou não.

Nessas situações, no retorno no acolhimento solicitamos mais informações sobre as crianças/jovens via relatórios escolares, ou de outros serviços que já realizaram atendimento, e indicamos retornos para finalizarmos a avaliação.

Gráfico 3 – Desfecho dos acolhimentos do CAPSij Campo Limpo em 2017

Podemos observar os dados com maiores detalhes com a distribuição mensal da frequência de acolhimento no CAPSij Campo Limpo. Temos aqui que a média mensal de acolhimentos realizados pela equipe é de 67,3 (BPA – código que define a primeira vez que o usuário vai ao CAPSij). Tivemos uma maior concentração em agosto (88) e setembro (90), meses que coincidem com o recesso escolar e início do segundo semestre letivo. Já no mês de fevereiro, dos 49 acolhimentos realizados somente nove apresentavam situação grave de sofrimento psíquico, e por isso resultaram em cadastros (prontuários) novos.

Tabela 2 – Quantidade de usuários do CAPSij Campo Limpo – dezembro 2017.
Quantidade de usuários CAPS segundo Acolhimento, Cadastros RAAS
Novos e Status PTS por mês – dezembro 2017

Mês	BPA	RAAS	Status PTS					Total Cadastrados PTS
	Acolhidos	Cadastros Novos	Em Avaliação	Intensivo	Semi Intensivo	Não Intensivo	Matriciamento	
Jan	38	14	86	14	345	44	30	519
Fev	49	9	67	14	273	40	18	412
Mar	67	12	54	16	252	37	20	379
Abr	58	19	55	18	251	42	20	386
Mai	86	27	65	21	248	44	21	399
Jun	80	25	68	22	255	50	19	414
Jul	64	41	76	25	269	60	19	449
Ago	88	38	78	29	278	62	22	469
Set	90	33	92	29	284	60	25	490
Out	88	46	108	35	311	58	26	538
Nov	60	31	119	38	315	53	29	554
Dez	40	26	121	41	324	54	28	568

Por vezes, no momento do acolhimento é preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como processo de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde mental, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários. É fundamental que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplem, por meio de outras políticas sociais, a demanda de cuidado apresentada (BRASIL, 2014).

Quando, no momento do acolhimento, é identificado outro serviço mais adequado às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram esse primeiro atendimento realizam o encaminhamento de forma implicada (muito diferente de um

procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço). Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso. Esse primeiro acolhimento pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

Quanto ao desfecho do acolhimento, podemos observar uma proximidade entre a quantidade de encaminhamentos (casos que não apresentavam demanda de inserção no CAPSij) e os retornos de acolhimento (casos que estão em avaliação, ou serão inseridos no serviço). Ou seja, aproximadamente a metade dos casos acolhidos no CAPSij Campo Limpo apresentam demanda para o cuidado em saúde mental.

Com a intenção de ilustrar a realidade do CAPSij Campo Limpo, na tabela 3 apresentamos as principais hipóteses diagnósticas apontadas pela equipe, consideramos neste levantamento somente os PTS Intensivo, Não Intensivo e Semi-Intensivo. A descrição “em avaliação” significa que o caso está em processo de investigação e avaliação, ou seja, a equipe ainda não conseguiu definir se o caso será acompanhado pelo CAPSij ou será encaminhado para outros serviços da rede.

É possível observar uma concentração de usuários com Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84 – CID10), 20,53%, categoria que engloba as diferentes expressões do Transtorno do Espectro Autista. Segundo REIS et. al. (2012), em levantamento realizado em 2008/2009 com os CAPSij do Estado de São Paulo, os Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84) representavam 75,5% dos diagnósticos do grupo F80-F89, e 15% da amostra total.

Com relação à prevalência das crianças e jovens com hipótese diagnóstica de Transtornos Hiperkinéticos, categoria que engloba os TDAH – Transtorno do Déficit

de Atenção e Hiperatividade (F90 – CID10), 7,64%, de acordo com POLANCZYK (2007) sua prevalência mundial é de cerca 5,29% em crianças e adolescentes.

Tabela 3 – Distribuição de usuários CAPS em Status de PTS ativos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) segundo hipótese diagnóstica (CID10)

CID	Qtd	%
Outros	132	31.50%
Em avaliação	95	22.67%
F84 - Transtornos globais do desenvolvimento	86	20.53%
F90 - Transtornos hipercinéticos	32	7.64%
F32 - Episódios depressivos	11	2.63%
F70 - Retardo mental leve	11	2.63%
F99 - Transtorno mental não especificado em outra parte	15	3.58%
F29 - Psicose não-orgânica não especificada	7	1.67%
F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias	5	1.19%
F91 - Distúrbios de conduta	4	0.95%
F20 – Esquizofrenia	3	0.72%
F41 - Outros transtornos ansiosos	3	0.72%
F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo	2	0.48%
F79 - Retardo mental não especificado	2	0.48%
F80 - Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	2	0.48%
F89 - Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado	2	0.48%
F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios	1	0.24%
F31 - Transtorno afetivo bipolar	1	0.24%
F39 - Transtorno do humor (afetivo) não especificado	1	0.24%
F43 - "Reações ao ""stress"" grave e transtornos de adaptação"	1	0.24%
F60 - Transtornos específicos da personalidade	1	0.24%
F71 - Retardo mental moderado	1	0.24%
F81 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	1	0.24%
Total	419	100%

Nesse momento, estamos nos aproximando dos eixos centrais do trabalho, depois de ter contextualizado o leitor sobre o território e o serviço nos quais a pesquisa se desenvolveu, iremos discorrer sobre a Rede Intersetorial, as Interfaces da Inclusão e, por fim, o Programa EducAção.

5.3 A Rede Intersetorial

Segundo TAÑO (2015), diferentemente do que se observou na construção das políticas de saúde mental para a população adulta, o cuidado com a infância e a adolescência, desde a sua formulação, exige o compromisso com um fazer que seja múltiplo e em diversas direções. A clínica da infância e da adolescência solicita, assim, imediatamente em seu estabelecimento, o reconhecimento de outras instâncias de cuidado que estiveram historicamente engajadas na construção de práticas para esse grupo: assistência social, justiça, educação, entre outras. Como reconhecem COUTO e DELGADO (2010), o trabalho intersetorial adquire funções de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas a serem desempenhadas.

Na visão de INOJOSA (2001), a intersetorialidade deve ser entendida como ação que objetiva a transformação da lógica social, a partir do combate à exclusão na defesa do desenvolvimento social mais equânime, no sentido de que os setores, quando fragmentados em suas ações, têm pouca resolubilidade no que tange aos problemas de maior gravidade da vida contemporânea. Por meio das ações intersetoriais é que se podem iniciar processos de busca pela melhoria da qualidade de vida, na direção do reconhecimento de necessidades singulares que solicitam ações também singulares e criativas (TAÑO, 2015).

De acordo com COUTO (2012) e BRASIL (2014), os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações

emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Ao compreender a população infantojuvenil como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, o serviço precisa de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um, e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas trabalha com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social.

Instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) tem os objetivos gerais de: (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (ii) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014).

Além dos citados objetivos gerais, destacam-se os seguintes objetivos específicos: a) promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo; c) promover a reabilitação e a

reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; d) produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; e) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e f) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2014).

Segundo a Portaria 3.088 de dezembro de 2011, a RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes:

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de Atenção Básica para populações específicas
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Centro de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I, CAPS II e CAPS III
	CAPSad e CAPSad III
	CAPSij e CAPSij III
Atenção Urgência e Emergência	UPA e SAMU
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto
	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
	Comunidade Terapêutica
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospitais Gerais
	Enfermaria Especializada
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
	Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas

Os princípios da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2005) definem que: crianças e adolescentes são sujeitos psíquicos, de direitos e singulares; concepção do cuidado: rede e território; acesso Universal, Acolhimento Universal: qualquer demanda ou necessidade de cuidado dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida; encaminhamento implicado: o CAPSij tem que fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Cabe nesse item, quando necessário, a desconstrução da demanda como demanda de tratamento, por exemplo, problemas de aprendizagem; intersetorialidade: os serviços de saúde mental infantojuvenil, dentro das perspectivas que hoje regem as políticas de saúde mental no setor, devem contar com a colaboração dos diversos equipamentos que atendem a essa população como partes integrantes do processo de cuidado. Escola, Conselho Tutelar, Pontos de Cultura, Serviços da Assistência Social etc. formam uma trama de possibilidades e parcerias.

Segundo TANAKA (2010):

Os serviços de saúde mental devem se organizar em redes de atenção de modo a responder às necessidades de saúde de uma determinada população em todas as dimensões de complexidade e de densidade tecnológica. Na proposta de construção de redes cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mental, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, trabalho, entre outras. (p.155)

Dentro dessa perspectiva, CAMPOS (2007) propõe o Apoio Matricial como possibilidade de diálogo entre diferentes campos de conhecimento. Este pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e

sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Segundo o Guia de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011), no processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre a equipe de referência e a de apoio matricial, os profissionais de diversas especialidades compartilham o seu saber ao se depararem com a realidade exposta. Dessa forma, existe o campo comum a todos e o núcleo específico de cada especialidade ou profissão, como explica CAMPOS:

O núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (2000, p.220)

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. Esse modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si.

Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (BRASIL, 2011).

No levantamento realizado por LUZIO e ZANIANI (2014) encontramos que a clínica na atenção psicossocial pretende ser integral, territorializada, inter e transdisciplinar, voltada para o sujeito e seu contexto sociocultural (YASUI & COSTA-ROSA, 2008; LUZIO, 2010).

Sob essa lógica, é necessária uma compreensão do processo saúde-doença que articule saberes, supere especialismos e a prática clínica tradicional e normativa, restrita a um espaço psicoterápico, voltado para a interioridade psicológica. Logo, o CAPSi inclina-se a implantar um conjunto de ações de cuidados diversificados e intensivos, e envolver as redes sociais e relacionais desse sujeito. CUNHA e BOARINI (2011) ressaltam que a política atual preconiza a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe. Todavia notaram que muitas publicações não colocam em destaque ações que expressem a interdependência dos setores e dos saberes nas ações voltadas ao público infantojuvenil.

Em estudo de revisão, ZANIANI e LUZIO (2014), a respeito de publicações sobre as ações intersetoriais realizadas pelos CAPSij entre os anos de 2001 e 2011, identificaram que a intersectorialidade não constava como perspectiva de análise em relação aos resultados apresentados em cada um dos estudos. Nesse sentido, outras definições ou conceituações sobre o termo foram pouco exploradas. Discutem, portanto, que ainda que a intersectorialidade seja proposta enquanto ação dos serviços em relação ao cuidado imediato das crianças e adolescentes, esta não é debatida em seus fundamentos e tampouco elaborada em relação às formas de análise com que se situam nas produções abordadas pelas autoras. Dessa forma, esses estudos ainda não exploram os modos com que se constituem as ações intersetoriais e a efetivação das redes (TAÑO, 2017).

As publicações analisadas pelas autoras centram na análise sobre o tema da intersectorialidade em relação aos cuidados na atenção direta às crianças e adolescentes, em abordagens mais singulares, sob as quais não se pôde elucidar a respeito da interdependência entre os setores das políticas sociais ou mesmo com relação ao compartilhamento das experiências e saberes postos em jogo nessas relações (ZANIANI; LUZIO, 2014; TAÑO, 2017).

Segundo VICENTIN (2006), a rede de danos que trama o sofrimento da criança é ampla. Por isso temos o desafio de pensar uma psicopatologia que não fique restrita aos indivíduos.

Nem o sofrimento nem o tratamento devem ser entendidos como sendo da criança. Daí pensarmos que 'se trata': da criança, de sua família, de seus entornos, de seus terapeutas, da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade. Trata-se portanto de transformar os graves comprometimentos psíquicos em compromissos coletivos, construindo redes sociais de proteção. Crianças e adolescentes, para enfrentar a tarefa de crescer e pertencer ao mundo, precisam ter assegurados laços sociais em torno de si, como uma teia com a textura certa para proporcionar-lhes acolhimento. Dito de outro modo, a vulnerabilidade e o "risco social" que atravessa os corpos e as vidas de crianças e de adolescentes diminuem quanto mais se ampliam os compromissos coletivos" (VICENTIN, 2006, p.14).

A proposta de trabalho intersectorial não é simples, mas necessária quando se trata do cuidado e atenção para com a população infantojuvenil, inclusive no âmbito da saúde mental. Para tanto, iniciativas de aproximação entre os diversos setores revela potencialidades de discussão e construção conjunta, permitindo que campos de intervenção distintos possam se complementar dentro da proposta de cuidado integral.

5.4 As Interfaces da Inclusão

Podemos dizer que a maioria das crianças e jovens acompanhados no CAPSij sofrem em alguma esfera um processo de exclusão. Seja por apresentarem algum transtorno mental grave, seja por se encontrarem em situação de vulnerabilidade que os leva a terem diferentes dificuldades nos caminhos do aprendizado e da permanência na escola. Por diversos motivos nossas crianças e jovens não apresentam uma integração social satisfatória no ambiente escolar.

Segundo a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007) elaborada pelo Ministério da Educação e da Cultura (Secretaria da Educação Especial), a educação especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação permanente, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Segundo LYKOUROPOULOS (2010),

A sociedade padece do medo de lidar com o diferente e a inclusão poderia reverter essa história, garantindo vivências indispensáveis para o pleno exercício da cidadania e desenvolvimento humano. A escola seria um espaço privilegiado para isso, se a considerarmos espaço de socialização, de ensino e aprendizagem, onde, em conceito mais amplo, os indivíduos aprenderiam a ser tudo que podem ser no que se refere a cultura geral e humanização. (p. 392)

A partir dessa conceituação, a Política Nacional de Educação Especial considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam

alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil.

Com o intuito de favorecer suporte especializado aos casos de inclusão, a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (SME) regulamenta, pelo Decreto nº 57.379, de 13 de outubro de 2016 (que “Institui no Sistema Municipal de Ensino a Política Paulistana de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva), o Centro de Formação e Aprimoramento à Inclusão (CEFAI) o qual tem suas diretrizes apontadas pela portaria nº 8.764, de 23 de dezembro de 2016.

Dessa forma, segundo a política municipal é considerado como público-alvo da educação especial os educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Os educandos público-alvo da Educação Especial são matriculados nas classes comuns e tem assegurada a oferta do Atendimento Educacional Especializado (AEE). O Projeto Político-Pedagógico (PPP) de todas as Unidades Educacionais/Espaços Educativos da RME devem considerar as mobilizações indispensáveis ao atendimento das necessidades específicas desses alunos, assegurando a institucionalização da oferta do AEE nos diferentes tempos e espaços educativos.

Os profissionais do CEFAI, por meio da atuação de seu Coordenador e pelo trabalho dos Professores de Apoio e Acompanhamento à Inclusão (PAAI), profissionais vinculados a este Centro e que realizam o apoio e acompanhamento pedagógico à Comunidade Educativa, têm entre suas atribuições: I – analisar a demanda do território otimizando o uso dos serviços de Educação Especial e dos recursos humanos disponíveis, visando ampliar a oferta de AEE; II – implementar as

diretrizes relativas a Políticas de Educação Especial da SME, articular as ações intersetoriais e intersecretariais com vistas a fortalecer a Rede de Proteção Social no âmbito de cada território; III – organizar, coordenar, acompanhar e avaliar ações de formação permanente aos educadores das Unidades Educacionais por meio de cursos, reuniões formativas, grupos de estudo, seminários e formação in loco, nos horários coletivos e em outros planejados pelas Equipes Gestoras; IV – participar das discussões sobre as práticas educacionais desenvolvidas nas U.E., em parceria com o Coordenador Pedagógico, os familiares e responsáveis e demais educadores envolvidos, na construção de ações que garantam a aprendizagem, o desenvolvimento, a autonomia e a participação plena dos educandos; XI – promover ações que fortaleçam o diálogo, a participação e orientem a comunidade escolar em relação aos direitos das pessoas com deficiência, bem como a importância do envolvimento dos familiares e responsáveis no acompanhamento da vida escolar; XIII – sistematizar e documentar as práticas pedagógicas do território, produzindo dados e registros para contribuir na elaboração de políticas para a área no âmbito da SME (SÃO PAULO, 2016).

Contudo, os estudantes que apresentam dificuldade no processo de aprendizagem nem sempre se encaixam na condição de pessoa com deficiência e, para cuidar desses processos, a SME propõe o Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem (NAAPA), que tem como compromisso um grupo de apoiadores direcionados a trabalhar com os educandos que vivem em situações de risco social e com os que apresentam modos de ser, agir e aprender que não são hegemônicos e que nos desafiam a reinventar o cotidiano escolar, o currículo, as relações (SÃO PAULO, 2016).

O NAAPA foi criado pela Prefeitura Municipal de São Paulo, a partir do Decreto nº 55.309, de 17/07/2014, e regulamentado pela Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, pela Portaria nº 6.566, de 24/11/2014.

Para a sua criação foi considerada a demanda apresentada pelo núcleo de estudos multidisciplinar da Secretaria Municipal de Educação que identificou que mais de 50% dos estudantes encaminhados para avaliação de hipótese diagnóstica de deficiência não apresentavam tais questões, mas dificuldades no processo de ensino-aprendizagem decorrentes de situações sociais, familiares e cognitivas. A partir dos princípios e eixos do Programa Mais Educação São Paulo, da publicação das legislações de Assistência Psicopedagógica e de Assistência Psicológica, foi planejado um conjunto de ações que ampliaram o atendimento aos problemas educacionais apontados pelos educadores.

A estrutura da Secretaria Municipal de Educação (SME) é composta por treze Diretorias Regionais de Educação (DREs), que atuam em parceria com as Unidades Educacionais e trabalham para implantação e implementação das políticas públicas educacionais vigentes. O território do Campo Limpo conta com atuação de duas DREs: DRE 1 (Vila Andrade e Campo Limpo com total de 222 escolas); DRE 2 (Capão Redondo com 181 escolas).

Em cada DRE foi implantado um NAAPA, perfazendo treze Núcleos na cidade, com a composição de sete profissionais em cada um deles, sendo 1 Coordenador(a), 1 Assistente Social, 1 Fonoaudiólogo(a), 2 Psicólogos(as) e 2 Psicopedagogos(as).

As ações das equipes dos NAAPA têm como diretrizes: os Projetos Político-Pedagógicos das Unidades Educacionais; a concepção de currículo “que ultrapassa conhecimentos únicos, permitindo tratá-lo numa perspectiva plural” (SÃO PAULO,

2016), instrumento privilegiado da constituição de identidades e subjetividades, com a participação intensa da comunidade educativa; a gestão democrática; a qualidade social da educação; o acesso e a permanência do estudante na escola; o acompanhamento de práticas educativas que respeitem a diversidade humana, os diferentes modos e potências do aprender.

De acordo com MOYSÉS e COLLARES:

Nas sociedades ocidentais, é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes à vida, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas. Tratar questões sociais como se fossem biológicas, iguala o mundo da vida ao mundo da natureza. Isentam-se de responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas. (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 42).

Muitas vezes, problemas educacionais que podem ser produzidos no interior de um sistema de ensino ou na maneira em que vivem socialmente e/ou culturalmente as crianças, os adolescentes e os jovens, são reduzidos a dificuldades individuais e orgânicas, culpabilizando-os por não aprender. Tem-se verificado nas Unidades Educacionais uma quantidade significativa de crianças, adolescentes e jovens com diagnósticos relacionados aos supostos transtornos de aprendizagem e de comportamento como: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Dislexia, Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Distúrbio Reativo de Vinculação da Infância, entre outros, deslocando, assim, problemas e dificuldades sociais e institucionais ao corpo dos alunos. Nota-se que muitas situações apresentadas como problemas de saúde são potencialmente reveladoras de possibilidades educativas, as quais contribuem para a conquista do direito à aprendizagem de todos. (SÃO PAULO, 2016).

Desse modo, como podemos observar, os objetivos dos dois núcleos, NAAPA e CEFAI, dizem respeito ao trabalho com crianças e jovens com dificuldades no processo de aprendizado decorrentes de uma condição de deficiência intelectual,

transtorno mental ou situação de vulnerabilidade, o que os leva ao encontro dos casos em tratamento no CAPSij. Com frequência, os educandos acompanhados pelo CEFAI ou pelo NAAPA também frequentam o CAPSij. Logo, a participação deles nos encontros do EducAção tem sido de suma importância na construção coletiva dos processos de inclusão e permanência escolar.

6 O PROGRAMA EducAção

No campo da Saúde Mental Infantojuvenil, a articulação intersetorial constitui-se como ação fundamental na construção de uma rede capaz de atender às complexas demandas apresentadas. Considerando que a discussão da Reabilitação Psicossocial fica, muitas vezes, restrita ao campo da Saúde, observamos grande dificuldade de efetivar ações intersetoriais e construir diálogos entre diferentes esferas de cuidado.

Como dito anteriormente, na construção da rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, torna-se preciso conferir a devida importância aos processos educativos e às instituições que delas se ocupam formalmente.

Segundo COSTA (2015), as crianças e os adolescentes com transtorno mental grave apresentam dificuldades importantes de organização psíquica para frequentar a escola nos moldes formalizados que esta instituição propõe. A escola tem se mostrado um lugar de não lugar, espaço que não escuta o sujeito e tem dificuldade para acolher a diversidade. Vivenciamos a dificuldade da educação em “incluir” as diferenças no espaço escolar, bem como em adaptar o currículo para

promover o aprendizado desses sujeitos e, com tal realidade, a saúde vem sendo convocada na tentativa de auxiliar nesse processo.

No levantamento realizado pelo CAPSij Campo Limpo foi possível observar que a escola foi responsável por 18,23% (151) dos encaminhamentos para o serviço em 2017.

Tabela 4 – Distribuição dos usuários do CAPSij de acordo com a origem do encaminhamento.

Unidade Básica de Saúde	230
Demanda Espontânea	206
Escola	151
Outros CAPS	55
Outros	40
Conselho Tutelar	36
Hospitais Gerais	19
Programa Einstein na Comunidade	19
Hospital Municipal do Campo Limpo	17
sem informação	15
APAE	10
AMA	9
SAICAs	7
CCA	4
Atenção Básica em Saúde	3
CRATOD	2
Fundação CASA	2
CER	1
UPA	1
Vara da Infância e Juventude de Santo Amaro	1

Conforme dito anteriormente, não são atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais. Contudo está sob seu alcance a promoção de ambientes acolhedores, ações e situações que visem o

desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre qualquer problema identificado, evitando assim qualquer tipo de discriminação.

Nessa direção, para compreender melhor as demandas de cuidado direcionadas ao CAPSij pelas escolas, o CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo (CAPSij Campo Limpo) propôs duas estratégias: fazer o levantamento dos encaminhamentos feitos pelas escolas e que não foram inseridos no CAPSij nos anos de 2016 e 2017; e a formação de um grupo denominado EducAÇÃO. Este espaço foi pensado como estratégia para promover ações na direção de uma compreensão mais ampla acerca das queixas escolares com relação ao comportamento das crianças que são, ou serão encaminhadas, ao CAPSij e suas situações de sofrimentos.

No levantamento dos dados, após observarmos o que era apresentado como principal queixa, nós construímos seis categorias de acordo com o material estudado, o gráfico 4 apresenta a distribuição das queixas nos 242 casos que foram acolhidos e não apresentavam demanda de acompanhamento para o CAPSij.

Gráfico 4 – Queixas principais dos casos encaminhados ao CAPSij pelas escolas que não foram inseridos no serviço em 2016 e 2017.

Na rotina dos atendimentos no CAPSij é possível notar a (re)ocorrência do fracasso escolar, geralmente visto como resultado de problemas da criança ou da família. No entanto, desconsideram-se as múltiplas determinações que o constituem. No cotidiano, tal como podemos observar na literatura, verificamos que as dificuldades de escolarização tem afetado um número cada vez maior de alunos no decorrer dos anos, fato que merece atenção.

SILVA (1994), em levantamento efetuado em uma UBS (Unidade Básica de Saúde), no município de Mauá (Grande São Paulo), constatou que 62,7% da demanda geral ao serviço psicológico, no período de dezembro de 1989 a março de 1991 correspondia à faixa de 0 a 15 anos. Desta demanda, 60% das queixas apresentadas ao serviço referiam-se a problemas de aprendizagem de crianças e jovens de 8 a 15 anos, encaminhados pela Escola Pública. Em 1991, Machado, em sua dissertação de mestrado, realizou um levantamento junto a psicólogos que trabalham em UBSs estaduais e municipais da capital de São Paulo, e constatou

que 70% das crianças que chegam a essas Unidades, buscando atendimentos, são encaminhadas pelas Escolas. As queixas apresentadas por essa clientela eram 50% relativas a problemas de aprendizagem.

No mesmo estudo, SILVA (1994) evidenciou que a escola atribui aos desajustes escolares a classificação de problemas de aprendizagem e os encaminha aos serviços psicológicos. Com isso, o autor questiona uma espécie de psicologização do fracasso escolar, ou seja, o sistema educacional de ensino fundamental tende a atribuir a problemas intrapsíquicos e/ou orgânicos da criança e do adolescente as dificuldades para alcançar um desempenho escolar esperado. Outras consequências decorrem daí: primeiro, a marginalização da criança; segundo, a atribuição de responsabilidade à família que é chamada para tomar providências. Assim, chegam aos serviços de saúde pais e responsáveis, sem que, na maioria das vezes, eles tenham um conhecimento mais preciso sobre os tipos de dificuldade de aprendizagem que são atribuídos aos seus filhos; e terceiro, o fracasso ou desajustamento escolar recai de forma nebulosa sobre a criança quer enquanto incapacidade para aprender quer como falta de esforço dela para aproveitar o que a escola pretensamente lhe ensina.

No estudo realizado por BRAGA (2008) verificamos que 76,9% das queixas apresentadas aos psicólogos nas UBSs eram escolares, associadas ou não a outros tipos de queixas de comportamento. Esse quadro mostra que, apesar dos esforços de alguns psicólogos e estudiosos da psicologia escolar, as escolas continuam tendendo a psicologizar ou a biologizar as queixas escolares, ao invés de reformular suas práticas e rever as questões da instituição educacional. O estudo constatou ainda que a conduta mais frequentemente adotada pelos profissionais de psicologia participantes da pesquisa foi a orientação familiar. Percebe-se que,

independentemente do teor da queixa, os procedimentos mais utilizados pelos psicólogos são os tradicionais: orientação familiar (24,7%); terapia individual (15,3%) e grupal (20,5%), sendo que em casos de queixa não escolar a conduta adotada com maior frequência foi a terapia individual. Em apenas 1% dos casos que procuraram a UBS com queixas escolares foi realizada entrevista com o professor.

Segundo REGHELIN (2015), ao considerar o que é diferente como sinônimo de doença, a escola foi buscar na patologia respostas para seus problemas como o fracasso escolar. Quando, na verdade, seria necessário que o espaço pedagógico pensasse sobre o papel do professor e o que de fato ocorre na sala de aula. Esse cenário de transformação de questões não médicas em questões médicas, onde se busca junto dos profissionais da saúde soluções para os problemas escolares é uma forma de resolver problemas pedagógicos através de receituários médicos, o que ganhou o nome de “Medicalização” (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Logo, a medicalização pode ser entendida como a atribuição ao indivíduo da causa do fracasso escolar, culpabilizando-o e delegando à equipe de saúde (psicólogo, médicos, psicopedagogos, neurologistas, etc.), a responsabilidade por “curar” o aluno do seu “problema”, quando a escola não encontra a forma adequada para ajudá-lo.

MORAIS (2004) relata a experiência do Fórum de Saúde Mental que revela a importância da atuação intersetorial na atenção à saúde. Nesse espaço participavam escolas, creches, unidades de saúde, serviços de atenção da assistência social. Assim, ele se constituiu como uma experiência em que discussões intersetoriais fizeram ver que o contingente de crianças e adolescentes que necessitavam de atendimento médico, psicológico ou fonoaudiológico era menor do que inicialmente se pensava.

Como resultado do Fórum, houve uma maior presença dos profissionais de saúde junto às escolas e uma diminuição dos encaminhamentos de crianças com queixas escolares para as unidades de saúde. Diante dessa experiência, fica clara a necessidade dos profissionais de saúde mental realizarem um trabalho intersetorial, que inclua a instituição escolar na compreensão e solução das queixas, não culpabilizando o aprendiz que muitas vezes é visto como portador de características pessoais incompatíveis com a aprendizagem.

Na aproximação com as escolas, e no relato dos professores sobre os desafios da convivência em sala de aula, pudemos entrar em contato com a difícil tarefa de lidar com formas diferentes de existência, e assim tornou-se necessário refletir sobre as diferentes formas de convivência que existem entre os mais fáceis de conviver, e entre os mais difíceis. Jean OURY (1991) afirma que as competências para o trabalho com a loucura põe em jogo uma modificação, uma transformação do sujeito que se engaja nesse trabalho, pois a loucura nos pede presença, nos pede que sejamos sensíveis àquilo que se passa no nível dos encontros, nos convoca a estabelecer uma relação não tradicional, não formal e muito menos não hierarquizada com nossas competências pessoais, sociais e cognitivas.

Observamos assim que as dificuldades de escolarização frequentemente são reduzidas a um plano determinista e biológico, sendo vistas como questões médicas ou de saúde mental, ocorrendo o encaminhamento para serviços de saúde, devido à visão de que a criança ou adolescente que não aprende ou não se comporta da forma que a escola espera tem algum transtorno psiquiátrico ou problema psicológico. Desconsideram-se as múltiplas determinantes que constituem a queixa escolar.

Segundo VICENTIN (2013):

Quando uma escola se abre para receber uma criança "diferente" das que está acostumada a educar, a primeira coisa que precisamos desenvolver com a comunidade escolar é esse tipo de sensibilidade em relação às diferenças: aceitar a partir do que se é (e não a partir do que falta); relacionar-se com presença educativa (olhar, ouvir, sentir, falar, tocar); comprometer-se integralmente com o desenvolvimento desse ser. Conviver é uma aprendizagem ampla que vai desde as relações interpessoais até o exercício do convívio democrático e passa ainda por sentidos e atitudes muito básicas que devem ser cultivadas por toda a comunidade escolar, especialmente pelos educadores: abertura, reciprocidade e compromisso. (p. 176)

Foram convidados para participar desses encontros os professores e coordenadores das escolas localizadas no território de responsabilidade do CAPSij, particulares e públicas. Os temas a serem trabalhados foram levantados no decorrer das reuniões a partir do interesse dos participantes do grupo, principalmente dos educadores, os quais traziam questões e dúvidas com base em suas experiências nos ambientes educacionais. Estes encontros visaram aproximar a equipe de saúde mental infantojuvenil da realidade escolar, com o intuito de consolidar algumas práticas e ressignificar outras.

Para organizar as reuniões do Programa, a equipe do CAPSij junto com os professores presentes na primeira reunião acordaram que os encontros seriam nas primeiras terças-feiras do mês, das 14h30 às 16h, horário em que tínhamos três profissionais dedicados às atividades no território: uma terapeuta ocupacional, um educador físico e um médico psiquiatra e os professores conseguiriam se organizar para estarem presentes. Iniciamos o convite por e-mail através da Diretoria Regional de Ensino (DRE). Esta, por sua vez, direcionava os convites para sua área de abrangência. Além desse meio, enviamos pelas famílias que frequentam o CAPSij um convite impresso convidando as escolas que seus filhos frequentam para o nosso encontro. O objetivo era convidar o maior número possível de professores e coordenadores das escolas localizadas no território de responsabilidade do CAPSij, particulares e públicas.

Os temas a serem trabalhados eram, e ainda são, levantados a partir do interesse dos participantes do grupo, principalmente dos educadores, os quais trazem questões, dúvidas e impasses das suas experiências nos ambientes educacionais.

Começamos com um número reduzido de escolas nos primeiros dois encontros, já no terceiro tivemos uma média de 12 escolas representadas (algumas pelos professores, outras pelos coordenadores, outras com ambos) e essa média se manteve ao longo do ano. O principal pedido dos educadores era a discussão dos casos que eles tinham encaminhado ao CAPSij mas que, na escola, ainda estavam com dificuldades no manejo. Os educadores também traziam dúvidas quanto ao que era feito pelo CAPSij com as crianças e jovens que haviam sido encaminhadas e inseridas: como eram os atendimentos, como era prevista a participação da família? O que acontecia depois do encaminhamento? Como o CAPSij planejava o cuidado de uma criança e sua família?

Nesse início realizamos uma apresentação do CAPSij e da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), pois os trabalhadores da educação não conheciam os serviços que a compõem e suas particularidades. Foi possível notar o quanto a noção de rede trabalhada na área da saúde não era compreendida da mesma forma pela educação.

Assim, o EducAção tem se constituído como um espaço de formação, aproximação e discussão entre os campos da saúde mental infantojuvenil e a educação, o qual possibilita a construção de estratégias de cuidado baseadas na avaliação dos fatores contextuais de risco e de proteção que influenciam determinados comportamentos das crianças e jovens que interferem diretamente no processo de aprendizagem.

As reuniões têm se mostrado como um espaço para: trocar experiências sobre iniciativas de construção de rede intersetorial no campo da Saúde Mental Infantojuvenil; estimular a reflexão quanto à importância da influência do contexto nos comportamentos das crianças, lembrando que a origem de um comportamento nem sempre é o mantenedor dele, ou seja, a escola pode ser um dos mantenedores de determinado comportamento que não necessariamente foi originado por ela. Ou seja, ressaltar que o processo de aprendizagem não se refere apenas a um conjunto de aparatos mecânicos, mas sim de relações e condições para tal.

Outro ponto forte desses encontros tem sido o fomento dos participantes no papel de compartilhadores de conhecimentos. Cabe a cada um levar para sua instituição de origem as questões trabalhadas, garantindo assim uma extensão das discussões, e a ampliação da possibilidade de criação de estratégias para enfrentamento de situações cotidianas que exijam diferentes manejos.

Participam do grupo predominantemente professores e coordenadores pedagógicos da rede pública municipal e estadual de ensino da região. Além destes considero importante ressaltar a participação dos membros do NAAPA (Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem) e CEFAI (Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão). No gráfico 5 podemos observar a distribuição dos participantes. Fica nítida a concentração de educadores de Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFs), as quais, como mostra gráfico 6, também são responsáveis pela maioria dos encaminhamentos ao CAPSij.

Gráfico 5 – Classificação das escolas que participaram do Programa Educação de acordo com o tipo de instituição de ensino.

Gráfico 6 – Origem dos encaminhamentos realizados pelas escolas ao CAPSij em 2016 e 2017 de acordo com o tipo de instituição de ensino.

No decorrer das reuniões do Programa Educação pudemos trabalhar temas como a identificação precoce dos transtornos mentais na infância, esclarecimento das demandas e proposta de atendimento do CAPSij, compartilhamento de estratégias para adaptação escolar e discussão dos entraves no processo de inclusão escolar dessa população, entre outros.

Nessa direção foi possível reconhecer que os casos mais complexos trazidos pelas professoras representavam dois núcleos: 1. o Autismo, suas características, uso de medicações, manejo dos comportamentos agitados, assim como a diferenciação entre ele e a Deficiência Intelectual; 2. Distúrbios disruptivos e de conduta que trazem como principais características: argumentação excessiva; desafio às figuras de autoridade; recusa em seguir instruções ou regras; dificuldades em regular emoções de forma efetiva e manter relacionamentos interpessoais positivos; irritabilidade constante (esta por parte dos educadores e da criança); ressentimento; atribuição de seus erros a outros; insegurança e desconfiança; tentativa de domínio das brincadeiras; competitividade constante e destrutividade nas interações com colegas e com adultos; reação negativa do ambiente.

Desse modo, observamos a importância do serviço de saúde mental fomentar a construção da rede que considera a educação uma parte dela. Seguindo o pensamento de COUTO (2012):

Há necessidade, portanto, de uma presença viva que, orientada pelos princípios éticos da política, intervenha sobre a artificialidade das normas, para que a SMCA (Saúde Mental da Criança e do Adolescente) coloque em operação o seu mandato. Ou seja, para iniciar o processo de construção das redes é necessário que um dispositivo 'esclarecido', através de um profissional de saúde mental, se apresente como o primeiro agente desse processo, constituindo um ponto de começo, uma ancoragem primeira, um ponto a partir de onde o que virá a ser construído como rede se faça realidade. (p. 114)

Com a frequência das reuniões, um corpo de professores e profissionais do CAPSij foi se formando e construindo uma identidade do grupo. As trocas de

experiências tornaram-se rotina. A história vivida por eles dentro da sala de aula com outros alunos servia de modelo para algumas dúvidas e dificuldades. Em algumas situações, o olhar da saúde mental pouco tinha a contribuir. Nessas situações nosso papel parecia ser o de favorecer o encontro e aprender muito com as experiências. De acordo com VICENTIN (2013), podemos dizer que nos encontros mantinha-se a delicadeza da relação saúde-educação: não decodificando com códigos psicológicos ou psiquiátricos a tarefa pedagógica, mas ao contrário, considerando que, na intercessão, os dois campos saiam alterados: o da saúde e o da educação.

Nessa direção, podemos observar os diversos papéis que o Programa Educação assumiu. Às vezes éramos o serviço que coordenava as ações do cuidado da questão, às vezes um ator coadjuvante com participações sutis nas discussões, outras vezes o espaço que acolhe e favorece as trocas.

Quando as questões relacionadas ao sofrimento psíquico eram o centro, geralmente as discussões envolviam dúvidas quanto ao diagnóstico, manejo medicamentoso, emissão de laudo e inexperiência dos professores com certos comportamentos. Nos momentos em que a escola já estava envolvida no processo de cuidado, era possível construir um diálogo de troca, onde os dois campos compartilhavam informações que eram úteis para os dois serviços. As informações trazidas pela escola ajudavam de forma significativa a compreensão do caso pela equipe do CAPSij, assim como na elaboração dos Projetos Terapêuticos.

Frente a algumas situações, professores que já tinham passado por experiências parecidas, e por isso tinham desenvolvido habilidades e conhecimento suficientes para lidar com certas dificuldades, passaram a se sentir à vontade para sugerir mudanças, ou alternativas, para outros colegas.

Quando recebíamos os encaminhamentos de casos que angustiam os professores pela sua agressividade, intensidade, tínhamos a impressão de que o professor esperava uma resposta padrão para cada tipo de comportamento, como se houvesse um manual de instruções sobre como interagir com a criança com autismo na sala de aula. Porém, no decorrer das reuniões foi possível perceber a identidade de cada criança, sua singularidade, e refletir sobre cada realidade dentro de suas muitas particularidades. Não havia “a criança com autismo”, mas sim a Mariana, a Júlia, o João...

Abriu-se um plano mais complexo de percepção do sofrimento psíquico na infância e adolescência e iniciamos uma ultrapassagem coletiva das barreiras da inclusão. Em uma das discussões, caso no qual os professores estavam muito angustiados com o comportamento agressivo e desafiador de uma criança, construímos coletivamente uma adaptação no contexto escolar que levasse em consideração as possibilidades de flexibilização da rotina educacional e as necessidades da aluna. Com uma delicada redução do tempo de permanência na escola e apresentação da sua rotina diária no início no período, a aluna passou a conseguir permanecer um tempo adequado às suas demandas individuais e de aprendizado. Os professores também se sentiram mais seguros com a organização das atividades e previsão de saída dentro do tempo de tolerância da criança. As atividades passaram a fluir e as situações de agressividade reduziram significativamente.

Construir redes de atenção, ou seja, criar espaços de cuidado compartilhado entre campos de conhecimento, é uma das principais estratégias da política de saúde mental para atingir qualidade de cuidado em saúde mental que contemple

seus principais princípios: inclusão, resgate da cidadania e respeito aos direitos humanos.

Após um ano de trabalho em conjunto com as escolas, surgiu a necessidade de avaliar a intervenção. As reuniões têm modificado a forma como os educadores planejam os encaminhamentos à saúde mental? Foi possível ampliar o olhar das queixas escolares para além de uma necessidade de medicalização dos sintomas? Estamos abrindo espaços humanizados para as diferenças no contexto escolar?

De acordo com FURTADO (2001):

A avaliação deveria se tornar efetivamente um dispositivo de mudança, o que significa a incorporação e participação em sua condução dos principais grupos de interesse de tal forma que as representações e questões destes grupos possam ser realmente consideradas. Tal percurso ampliaria as possibilidades de utilização dos resultados pelos envolvidos em suas próprias práticas. Pode-se dizer que a avaliação passaria a ser um dentre outros dispositivos possíveis dentro de um universo de possibilidades para interferir na renovação de serviços e programas. A avaliação adentraria assim, no campo da competência e responsabilidade para onde convergem diversos outros dispositivos, como o planejamento, a educação continuada, etc, voltados para a superação de questões intrínsecas aos programas e serviços, ao desenvolvimento e à criação de novas redes de compromisso entre grupos de interesse ligados aos mesmos, além de promover a capacitação dos envolvidos na condução de suas atribuições. (p.172)

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados do trabalho, como também se realizarão as discussões decorrentes dos grupos focais, em que se delineiam os modos pelos quais são construídas as dinâmicas intersetoriais de trabalho entre saúde mental e educação.

Identificamos três dimensões a serem apresentadas, as quais correspondem aos dados coletados nos grupos focais, reflexões acerca do funcionamento do Programa Educação e sua relação com a política de saúde mental vigente.

7.1 O Programa EducAção como espaço de formação permanente e de cuidado para o professor

Durante o processo de coleta de dados nos grupos focais, quando iniciamos as questões relacionadas ao cuidado que o ambiente escolar poderia, ou não, oferecer, nos deparamos com os comentários dos professores referindo-se aos encontros do EducAção como um lugar onde se sentiam ouvidos, respeitados. Desse modo, foi possível observar que o Programa se constituiu não somente como um espaço de formação permanente – o que também foi apontado pelo grupo – mas também como um lugar no qual o professor se sentiu cuidado pela equipe do CAPSij e pelos professores, diretores e coordenadores que formavam o corpo dos encontros.

Segundo FIGUEIREDO (2012), não só o agente de cuidado melhora a qualidade do que faz quando compartilha seus afazeres e decisões com outros agentes cuidadores. Ele ganha muito ao descobrir que o objeto de cuidado, em

diversos aspectos, também é ele. Deixar-se cuidar pelo outro passa a ser, em si mesmo, uma forma eficaz de cuidar. A respeito dessa dialética do cuidado para si e do cuidado para os outros, a psicanálise, sobretudo em sua vertente winnicottiana, traz alguns elementos de entendimentos que podem ser derivados para nos trazer uma melhor compreensão do que se passa no âmbito da educação.

Winnicott fala sobre a importância que mãe se deixe cuidar pelo bebê, que ela esteja sensível ao cuidado que seu bebê dedica a ela através do olhar, do toque, do carinho. Na mesma linha podemos apontar relevância do médico se deixar cuidar pelo paciente, o professor pelo aluno. Nos encontros do EducAção foi possível notar que ao procurarem ajuda para os alunos, os professores encontraram ajuda para si, pois se viram no lugar de quem também precisa, e merece, cuidado. Cuidado este que poderia ser proveniente da equipe do CAPSij, dos próprios alunos, dos familiares, dos colegas de profissão.

E em decorrência do cuidado recebido, referem ter conseguido cuidar e escutar mais as crianças, assim como construir outros pontos de vista para o mau comportamento, para a falta de limites e para a agressividade. Ao oferecermos um espaço de cuidado aos professores, e considerá-los cuidadores das crianças, colocamos em pauta as questões relacionadas aos cuidados dos cuidadores.

A princípio, os professores não eram vistos como agentes de cuidado, esses eram os pais, tios, vizinhos, amigos – mesmo a equipe do CAPSij esperava dos professores a tarefa de “educar”, pouco olhávamos para eles como cuidadores. Como dito anteriormente, em 2015, o CAPSij assumiu como mandato de trabalho o atendimento aos familiares e cuidadores e a partir daquele ano todos os atendimentos grupais passaram a garantir a participação efetiva dos familiares e

cuidadores dentro do espaço terapêutico, construindo a prática de ninguém ficar esperando na recepção enquanto as crianças e jovens estavam em atendimento.

Nesse contexto observamos que os cuidadores precisavam de mais atendimentos, acolhimentos, escuta e atenção para que conseguissem oferecer cuidado para seus filhos, enteados, netos, sobrinhos, vizinhos e também para compreender a situação de sofrimento em que cada criança se encontrava.

Considerando-se o tempo desprendido pelos professores no ambiente escolar podemos afirmar que sua tarefa pode ser compreendida para além de educar, é também cuidar. A aproximação com os educadores nos permitiu constatar o quanto havia necessidade de escuta, de receber cuidado, de serem valorizados enquanto cuidadores, pois, segundo seus relatos, não encontravam acolhimento para suas angústias em lugar algum.

“Os professores precisam falar. O trabalho na escola está cada vez mais difícil, precisamos cada vez mais de mais ajuda”. (Professor 1)

“A escola é uma instituição que cuida, mas que também precisa ser cuidada.” (Professor 2)

“No EducAção sentimos respeito à opinião da escola” (Professor 4)

Conhecemos o lugar de desvalor ocupado pelos professores em nossa cultura. Segundo FERNANDES (2013), eles são vítimas das políticas públicas que promovem o sucateamento do sistema escolar, esse professor pratica um trabalho de baixo reconhecimento social, que se afirma pelos salários indignos e pela impossibilidade de aprimoramento profissional, conforme demonstrado no *Retrato da Escola 3 – A realidade sem retoques da educação brasileira*, da Confederação Nacional de Trabalhadores em Educação

Pesquisa do Fundo das Nações Unidas para Educação e Cultura (Unesco) e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por exemplo, revelou que os trabalhadores em educação do Brasil têm um dos piores salários entre 32 países de economia equivalente, o que prova que a situação de penúria dos educadores não é um problema, para

usar palavras simples, de "pobreza da nossa economia", mas da falta de políticas públicas que insiram a educação como uma prioridade dentro de um projeto nacional global, acima de governos e além de mandatos. (CNTE, 2003)

Os baixos salários repercutem na queda da qualidade da educação e na disponibilidade do professor para lidar com alunos tidos como desafiadores. A atividade docente exige tempo fora de sala de aula para preparação do conteúdo, correção de provas, elaboração de atividades relacionadas ao projeto político-pedagógico entre outras. A velocidade das transformações políticas, sociais e tecnológicas do mundo moderno, cada vez mais complexo, exige que o professor faça cursos de atualização e de aperfeiçoamento, que aprenda novas tecnologias, como o uso do computador, do tablet, da internet e demais equipamentos didáticos. E, além da tecnologia, no nosso caso, ele precisa aprender sobre transtornos mentais, manejo comportamental, comprometimentos psíquicos...

A importância de haver tempo livre para apreensão de conhecimento e de vivência de outras fontes para a qualidade da educação. Evidentemente, a falta de tempo e os baixos salários prejudicam essas atividades. O acesso a atividades culturais, por exemplo, praticamente inexistente no âmbito dos trabalhadores em educação, restando somente a TV como opção de lazer. Quanto à frequência com que o educador vai a teatro ou cinema, surpreende o altíssimo percentual de pessoas que não responderam, apesar de haver a opção "Quase nunca". Uma vez que esta questão também não incluía a opção "nunca", é lícito supor que a maioria da categoria nunca vai ao teatro ou cinema. (CNTE, 2003)

O excesso de demandas do trabalho é apontado pelos professores como um fator que dificulta o seu desenvolvimento. O tempo dedicado à preparação das aulas e à interação constante com os estudantes, ocupa parte significativa de sua carga horária, não restando tempo para pausas que favoreçam a revisão do que está sendo feito, ou a reflexão sobre os acontecimentos que os cercam. Eles não conseguem parar para pensar, planejar, ver.

“Eu penso que no nosso dia a dia nós vamos perdendo a oportunidade de observar coisas, acabamos engolidos pelos afazeres, e por isso, muitas vezes a gente não consegue nem mesmo se ouvir. Se ouvir enquanto própria

peessoa para refletir sobre determinadas questões. Eu acho que um dos maiores dificultadores da escola é que não há espaço de fala, e quando eles existem, ninguém disponível para escutar e pensar sobre”. (Professor 3)

“Eu acho que a rede também precisa dar apoio aos professores. Eles mesmo referem do quanto precisam de cuidado nessa parte emocional. Por que o profissional sendo acolhido, sendo escutado, ele também passa a ver a situação da criança de forma diferente” (Professor 5)

“Aqui, o EducAção, é um lugar que a gente pensa, escuta o outro, pensa, reflete e revê processos” Professor 7)

BONDIA (2002) direciona uma discussão acerca desse assunto considerando que experiência é o que nos passa, o que nos toca; e não o que se passa, o que toca. Aponta ainda que se passam muitas coisas, ao mesmo tempo, contudo, quase nada nos acontece. Ao vivenciar a frequência dos educadores nos encontros do Programa EducAção, foi possível observar uma transformação através da experiência desses, este grupo foi transformando sua forma de lidar com as situações difíceis. Atravessados pela experiência das discussões, das dúvidas, percebemos, nas discussões de caso, que eles traziam suas questões com mais delicadeza, mais crítica e considerando que suas atitudes também constituíam aquele cenário.

A experiência, a possibilidade de que algo nos passe ou nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível no tempo que correm: requer parar para pensar, para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDIA, 2002)

À primeira vista os educadores procuravam a origem, a explicação, de um mau comportamento somente na história do menino, às vezes da sua família, porém não consideravam que a escola, sua estrutura física e simbólica, poderiam estar

envolvidas. Os professores não se inseriam na cena da agitação, da inquietação, da agressividade.

“na escola tem muitos atores, e esses atores constituem o esse espaço escolar, que tem um papel no imaginário cultural e social, e que tem determinados lugares que esses papéis vão agir. Então apesar de serem pessoas que estão ali dentro, são pessoas com determinados papéis que geram determinados sofrimentos ou comportamentos.” (Professor 2)

O passo inicial foi perceberem que o ambiente era um ator importante, entretanto ainda não se viam como parte de. No segundo momento, conseguiam se inserir na cena e considerar que suas atitudes como, altura da fala, formato da informação, postura, linguagem corporal também influenciavam de maneira significativa as atitudes dos estudantes. E mais além, perceber que os professores, o ambiente, também poderiam se encontrar em situação de sofrimento.

“O sofrimento psíquico que faz com que a vida fique um pouco mais difícil ele é muito evidenciado nos espaços escolares, infelizmente, e por todos que estão aí. Não são só os alunos não, tem também muito professor em sofrimento, muito gestor em sofrimento, muita tia da cozinha que está lá sofrendo. É preciso olhar para todo o ambiente”. (Professor 4)

Uma vez que o Programa EducAção visa produzir mudanças nas práticas cotidianas escolares que favoreçam a permanência confortável dos alunos nesses espaços, ao cuidar do professor, construímos a possibilidade de ele cuidar do aluno. Ao ouvirmos ativamente o professor, abrimos a possibilidade deste professor passar a ouvir o aluno.

“Quando o professor se sente acolhido, ele consegue acolher o outro”. (Professor 1)

“A gente só consegue dar o que a gente tem. Se eu não estou bem, como é que eu vou proporcionar algo para aquele aluno, como vou acolhê-lo, como é

que eu vou lidar com todas aquelas questões? Se o professor recebe apoio, se se sente ouvido, e consegue estar emocionalmente melhor, é claro que a gente não vai dar conta de tudo, mas um pouquinho que a gente faz, já faz uma diferença.” (Professor 3)

“Eu venho com angústias, e às vezes uma fala que vocês trazem, de informações quanto ao acompanhamento no CAPSij, ou às vezes nem trazem necessariamente muita orientação, em termos do que a gente tem que fazer, mas a gente consegue perceber que há um acolhimento. Então vocês acolhem nossa demanda, estão trazendo uma reflexão para a gente, e isso de certa forma, faz com que nós, lá na escola, consigamos perceber essas mudanças, inclusive nossas. Isso baixa um pouco nossa ansiedade, a nossa angústia, e nos chama a pensar de uma outra forma. A gente começa a ter outros olhares”. (Professor 1)

Gostaríamos aqui de destacar o ponto onde identificamos que a noção de cuidado da escola em relação ao aluno se dá, principalmente, pelos encaminhamentos para outras áreas. Quando perguntamos aos professores se a escola era um ambiente de cuidado, as respostas eram exemplificadas por situações nas quais os professores notaram algo de incomum e realizaram o encaminhamento para a saúde. Notar que algo está errado e realizar o encaminhamento é nomeado como cuidado.

Somente em uma das falas, a resposta incluía ações da escola em trabalhar o problema identificado dentro do ambiente escolar. E assim mesmo, porque se tratou de uma situação limite. Nesse caso, a situação referia-se a uma aluna que apresentou tentativa de suicídio. A escola trabalhou o tema, com a ajuda da Unidade Básica de Saúde, por meio de palestras e rodas de conversa com os professores, alunos e familiares.

MACHADO (1994) aponta que as escolas encaminham aos serviços de saúde as crianças e adolescentes em busca de um diagnóstico que justificaria os

problemas de comportamento e as dificuldades de aprendizagem. Dessa forma, problemas escolares e institucionais são transferidos para a esfera individual, como um problema de saúde mental do estudante.

Temos trabalhado com os professores o modo como os encaminhamentos se dão, quais as expectativas em relação a eles, quais avaliações a escola já fez. De acordo com MACHADO (2013), o trabalho da saúde implica em se constituir contra a naturalização dos encaminhamentos, das queixas dos diagnósticos individualizados que, como tantos autores já demonstraram, culpabilizam as vítimas.

Faltam livros, faltam cadeiras, faltam professores, faltam atividades criativas, mas, mesmo assim, a culpa do baixo rendimento é da criança e do adolescente (FERNANDES, 2013).

Nasce a crença de que as faltas são de ordem individual e que é possível preencher o que falta. Como se a falta de indisciplina, atenção, esforço e concentração dos alunos e a falta de dedicação dos pais acontecessem por uma certa falta de vontade de mudar e lutar... Também é comum haver críticas de algumas professoras que de que não se esforçam, como se a elas faltasse vontade de exercer suas funções. (MACHADO, 2017 p.120)

Nas falas dos professores notamos o discurso pautado na dificuldade que tem sido trabalhar no ambiente escolar. Segundo eles, o trabalho na escola está cada vez mais difícil, pois além de ensinar matemática, português, geografia, os professores precisam lidar com comportamentos autísticos, hiperatividades, desatenções... por isso referem precisar cada vez mais da ajuda de especialistas. Nesse sentido, observamos os professores se sentindo incapazes de lidar com os desafios apresentados pelos diversos comportamentos dos alunos.

“Por isso eu acredito que precisamos cada vez mais de especialistas juntos, conosco, porque está ficando cada vez mais difícil trabalhar na escola. Os casos encaminhados para as salas de recursos chegam com queixas como problemas comportamentais graves, agressividade, fala sozinho, uso de substância.” (Professor 1)

Nesse contexto, quando é relatada a necessidade de ajuda, quando o professor relata que está cada vez mais difícil trabalhar na escola, que precisam cada vez mais de espaços de formação. O educador reconhece que precisa de mais informações e mais experiência para lidar com os desafios colocados pela situação educacional.

OLIVEIRA (2016), ao relatar a experiência do CAPSij Vila Prudente na aproximação com as escolas, foca em quatro objetivos de trabalho que favorecem a formação permanente dos professores: a) promover identificação na instituição escolar de quais são as crianças com transtorno mental; b) manejo com pacientes graves de saúde mental; c) identificar necessidades de crianças e adolescentes com queixa de aprendizagem e de comportamento; d) auxiliar na organização da demanda. O trabalho realizado pelo CAPSij Vila Prudente vai ao encontro do que também foi efetivado pelo CAPSij Campo Limpo, os pontos destacados para serem explorados se equivalem, contudo, a equipe do Campo Limpo sentiu-se convocada a extrapolar esse pedido. E, nesse contexto, iniciamos o trabalho de discussão de temas, e não mais de casos, com o plano de não focar mais no sujeito, no aluno problema, e sim nas relações que mantinham, ou não, determinado comportamento.

Foi apontado pelos participantes do grupo focal que a discussão de temas foi de suma importância para o seu trabalho.

“No EducAção eu aprendi a entender um pouco mais dessas crianças, até mesmo a ser mais humanizada com elas... vocês me ensinaram a ser uma profissional... aprendi a entender um pouco mais da mente.” (Professor 3)

“As discussões teóricas me ajudaram a ampliar minha visão. Via muita coisa aqui e depois ia buscar mais informações para aprofundar o conhecimento sobre o assunto. E, o fato de vocês disponibilizarem o material teórico via e-mail é muito legal, pois permite que possamos usá-los em outros momentos.” ((Professor 2)

“Gostaria que tivesse mais tempo para as discussões dos temas, talvez aumentar a frequência do encontro para ser duas vezes ao mês; com um encontro para discussão teórica e outro só para os casos.” (Professor 4)

Para concluir esse capítulo, trazemos a evidência do Programa ser considerado como um espaço de formação permanente e aprendizado para os educadores. Quando questionados quanto ao conteúdo apreendido nos encontros do EducAção, foram levantados três principais pontos: 1. Conhecimento sobre as questões psíquicas e suas múltiplas formas de expressão; 2. Aprofundamento sobre o desenvolvimento infantojuvenil de forma detalhada; 3. Apreensão do funcionamento da rede de atenção à saúde, suas possibilidades, e limites, de ação.

*“Não tinha noção do que era essa articulação com a saúde”
(Professor 1)*

*“Eu mudei minha visão com relação ao serviço público de saúde”
(Professor 9)*

“Esse contato com vocês nos ajuda a compreender melhor o sistema de saúde, e isso é muito importante” (Professor 7)

“Eu acho importantíssimo essa aproximação da equipe multi daqui com o educador. Até ampliar, levar mais palestras, pois os professores estão necessitados dessas informações.” (Professor 8)

7.2 O papel do Programa EducAção no trabalho Intersectorial

COUTO e DELGADO (2016) apontam que o

agenciamento da demanda da Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA) em um território específico – é a função atribuída pelo CAPSij – a montagem de redes intersectoriais de cuidado são, a rigor, ações equivalentes e fundamentadas em um mesmo princípio da política pública, o da intersectorialidade. Entre o CAPSij e a articulação intersectorial não há diferença de modelo, mas continuidade e complementaridade da ação estratégica proposta pela política pública. Ambos são baseados na ideia de que a organização da cobertura em SMCA não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, devendo ser potencializada pela articulação e pelo cuidado colaborativo em diferentes setores públicos voltados para o cuidado da infância e adolescência. (p. 167)

Contudo, o trabalho colaborativo precisa de um norte, um serviço precisa assumir a referência do cuidado, coordenar a articulação, ficar atento às ações de

cada núcleo e favorecer o diálogo contínuo entre eles. Nos casos que envolvem crianças e jovens em situação de sofrimento psíquico, o CAPSij tem assumido esse papel, incluindo sua interface com os processos de inclusão que abrangem tanto a unidade escolar, quanto a comunidade territorial.

Segundo TAÑO (2017), com relação ao setor da Educação, mesmo se constituindo em política central para o combate aos processos de exclusão, observa-se que ainda há poucas produções desta área que tratam dessa temática. Questões sociais e outros determinantes da pobreza e vulnerabilidade têm influência direta e recíproca no âmbito educacional e para os quais ações em parceria são demandadas (MONNERAT; SOUZA, 2009).

Acrescenta-se ainda nesta perspectiva as nuances e desafios decorrentes das políticas de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) para a qual a importância de um cuidado e apoio de outras políticas e programas se mostra como imprescindíveis para a possibilidade de acompanhamento das populações.

No mesmo trabalho, a autora ainda salienta o papel transformador do setor da educação na composição de territórios mais saudáveis e participativos. Sob este aspecto, GOES e MACHADO (2013) apontam a importância da educação, formal e informal para o desenvolvimento local. As autoras destacam o desenvolvimento local como aspectos concernentes às comunidades/localidades que extrapolam as questões econômicas, focalizando os recursos e potenciais nas pessoas e no ambiente, na perspectiva das democracias políticas e econômicas. Nesse paradigma, a educação, aliada a outros setores e projetos, têm a capacidade de apoiar a compreensão da realidade local bem como a promoção de mudanças nos

territórios, que conduzam à melhor qualidade de vida e de avanço para as comunidades.

(...) a trabalhar na comunidade, mas trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa (...) resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. (BRASIL, 2004 p.78)

Nessa linha, OLIVEIRA e MENDONÇA (2016) apontam que todos os profissionais dos diversos setores são atores efetivos do processo de construção de um Projeto Terapêutico Singular, importa que o conceito de território embase as ações a serem compartilhadas e corresponsabilizadas. Isso inclui a habilidade para lidar com as diferenças, as quais são alicerces da construção. Embora possa haver um certo estranhamento inicial entre os diferentes campos de conhecimento, importa que não se mantenha a postura de exclusão que tem sido construída em relação à diferença.

Segundo os professores, o EducAção ofereceu um lugar para a educação conhecer a rede de saúde e aprender sobre o funcionamento de cada um. Conhecer de perto como a equipe do CAPSij Campo Limpo trabalha, como se organizam os grupos e os atendimentos, e ainda entender como o CAPSij se relaciona com a rede ampliada de cuidados, ajudou-os a aprimorar sua noção de corresponsabilização; assim como de se apropriarem da rede de atenção.

“Eu aprendi com esse espaço a questão da escuta ativa, quando eu valido a história do outro com a escuta, eu estou me responsabilizando de alguma forma. Nós todos somos responsáveis pelas decisões que tomamos aqui nas reuniões” (Professor 6)

O fato da equipe do CAPSij estar em contato constante com as Unidades Básicas de Saúde ofereceu aos professores a oportunidade de pensar em outros

encaminhamentos para questões que eles não conseguiam resolver em sala de aula. Observamos que a escola se encontrava com poucas alternativas para efetivar seus encaminhamentos, acabavam sempre encaminhando para o CAPSiJ – às vezes porque sabem que o atendimento acontece no dia e a equipe está completa, já outras vezes por falta de alternativa.

No decorrer das discussões de caso os professores puderam apontar o quanto não conheciam o funcionamento da rede de atendimento, nem conheciam outras formas de acessar a rede de Garantia de Direitos sem que fosse via Conselho Tutelar. Os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) que compõem as Unidades de Saúde também eram desconhecidos. Os encontros do EducAção tornaram-se um lugar importante para discutir os casos e avaliar coletivamente em qual serviço da rede ele a criança/jovem seria mais bem atendido.

“Dá uma abertura para que a gente consiga trabalhar em conjunto... é extremamente rico”. (Professor 4)

“Fiquei muito encantada com a dinâmica, porque para a gente, lá na escola, nem passa pela cabeça a oportunidade de ter uma troca com outros profissionais de áreas diferentes da nossa”. (Professor 3)

Além da aproximação da escola com o campo da saúde mental infantojuvenil, faz-se necessário expor aqui a importante aproximação da saúde mental com a realidade escolar. Não podemos deixar de salientar a intensa troca de saberes que se efetivou nos encontros do Programa EducAção.

Assimilar os detalhes do funcionamento das instituições educacionais, do cotidiano dos educadores, quantidade de alunos por sala, a relação entre a coordenação pedagógica, a direção e os professores – hierarquias institucionais. Nos apropriarmos desse contexto foi de suma importância para planejarmos, coletivamente as situações de inclusão que pautavam as reuniões. Acreditamos na

capacidade da escola em lidar com os estudantes que desafiam a ordem e exigem que as regras sejam revistas, reprogramadas e, às vezes, subvertidas.

“A própria escola se desqualifica na capacidade de cuidar, nós desqualificamos nosso atendimento. E nós temos um potencial de atendimento que a gente não vê o alcance que isso dá. Nenhum terapeuta fica com a criança cinco dias por semana, quatro horas por dia, nós ficamos.”
(Professor 2)

O grupo de estudantes classificados como “inclusão” não é constituído somente de pessoas com deficiência, encaixam-se aqui todos os que não se adequam às normas tradicionais da escola e, por isso, exigem maiores esforços do corpo de professores. São eles: as crianças e jovens com deficiência, os agitados, os usuários de substância, as vítimas de violência, os que não aprenderam a ler, os que não se enturmam, os que são más influências, os que se cortam, os que tentaram suicídio, e assim por diante.

O fato é que a inclusão escolar é um tema cercado de desdobramentos controversos. Se, de um lado, declarações mundiais e políticas públicas discutem e orientam os quesitos para que a inclusão aconteça, dos outros estão as escolas que sofrem o impacto cotidiano de sua implementação em meio a tantos outros desafios. O que se verifica é que a rede regular de educação tem sido convocada a responder à complexidade desta nova demanda e, em meio à problemática da superlotação das salas, da evasão escolar, de baixa qualidade de ensino e da indefinição de seus projetos políticos pedagógicos, as escolas se vêm desenvolvendo projetos de inclusão parcial. (LYKOUROPOULOS, 2010 p.386)

Neste contexto, repleto de complexidades nos processos de aprendizagem, os professores consideram uma vantagem a sede do Programa Educação ser o CAPSij, ou seja, fora da escola. Apontam que a oportunidade de se encontrar com outros profissionais em outro ambiente favorece os professores a trazerem suas dificuldades com menos resistência. Desse modo, o Programa favoreceu a possibilidade de olhar para a situação a partir de outra perspectiva e assim construir

um novo olhar, e, conseqüentemente, outras condutas, para os desafios em questão.

Ainda sobre esse tema, vale ressaltar o discurso apresentado pelos educadores sobre o lado positivo de se distanciarem do ambiente onde a situação acontece, poder relatar o ocorrido para profissionais de outras áreas, que não da educação, os ajuda a refletir e levantar possibilidades de ações; os ajuda a compreender o complexo jogo de relações envolvido. De acordo FERNANDES (2013):

A psicologia se inscreve como reguladora desses mecanismos quando assume o lugar de orientadora das relações em busca da normalidade. A possibilidade do conflito e do surgimento de outros caminhos é neutralizada não só nas tarefas escolares, como nas relações entre os alunos, entre estes e o(a) professor(a), e no interior da família. As dificuldades de aprendizagem são isoladas e, ao mesmo tempo, generalizadas, afetando de forma diferente as camadas sociais, dado que são naturalizadas as perspectivas de sucesso e de fracasso escolar [...] Com isso, se quer dizer que um “aluno-problema” fala para além dele mesmo. Sua história de impossibilidade de aprender na escola pública afeta sem dúvida o professor que a um tempo é sujeito e objeto desse processo. Atravessados pela instituição saber/poder e destituídos de autonomia cedem, cada um a seu jeito, às forças que impedem a análise crítica dos lugares que ocupam (p.151, 152, 153)

Ao discutirmos o papel do CAPSij no atendimento às queixas escolares, os professores apontam a importância da avaliação da equipe da saúde, assim como a elaboração de uma hipótese diagnóstica e de um laudo. As escolas estranham quando dizemos que a criança foi inserida no serviço, mas ainda está em processo de avaliação, e esse processo pode levar até seis meses. No imaginário dos professores, as crianças e jovens ao serem atendidos no CAPSij recebem imediatamente seu diagnóstico, e assim, têm seu plano terapêutico traçado para mudar seu comportamento, melhorar seu aprendizado, superar suas faltas... Entretanto não é bem assim na rotina do serviço.

Frente a esse fato, as reuniões têm sido direcionadas para a construção de uma relação da saúde com a educação na qual não domine a busca de um

diagnóstico individualizado no corpo da criança, e sim um trabalho no qual os profissionais da saúde, juntamente com as educadoras, problematizem as condutas dos alunos, assim como as práticas escolares.

Segundo FREIRE (2017), a construção de um diagnóstico depende do trabalho realizado em conjunto com a família e, no caso da presente pesquisa, com a escola. Devem-se considerar as múltiplas determinações presentes na vida da criança ou adolescente, levando em conta a relação estabelecida entre o profissional e a instituição. Encontram-se diversos atores em jogo: a criança ou adolescente, seus pais e, frequentemente, a escola. É necessário investigar todas essas instâncias para entender o que está acontecendo e perceber as múltiplas causas que ocasionam o mal-estar desse indivíduo, levando em conta que ele sempre está em processo de constituição (UNTOIGLICH, 2013).

Em sua dissertação de mestrado, FREIRE (2017) afirma que o diagnóstico bem feito demanda tempo e espaço de trabalho, já que é necessária a realização de diversos encontros com a criança ou adolescente, sua família e, em muitos casos, com a escola. Trata-se de um processo complexo, que exige tempo e dedicação do profissional e da instituição. Segundo Untoiglich (2013, p.62):

Es necesario tener en claro quién y por qué solicita el diagnóstico y para qué se realiza, así como desde qué marco teórico se efectúa el mismo. Ya que es una falacia suponer, tal como propone el Manual Estadístico de Transtornos Mentales, que puede ser a-teórico y a-político a la hora de establecer un diagnóstico. Por otra parte, determinar la observación de conductas y el completamiento de cuestionarios que un niño es... TDA, TGD, TOD, etc., es no entender la vida en su sentido dinámico, tanto como confundir consecuencias observables con causas múltiples que subyacen a un malestar.

Apontar, em detalhes, no que consiste realizar a avaliação de um comportamento, o tempo necessário e a quantidade de informações necessárias trouxe para os participantes do grupo dados que os professores não imaginavam. Ao recebermos uma criança com atraso na aquisição da fala, é preciso avaliar

cuidadosamente, às vezes, por mais de três meses para levantarmos as hipóteses adequadas e trabalharmos os prognósticos. Ao assumimos que também temos dúvidas temos a impressão de que conseguimos construir um campo no qual nos reconhecemos, onde nos aproximamos ao compartilhar as mesmas dificuldades e incertezas.

A discussão com o grupo de professores nos levou a refletir a respeito da intensa mobilização que produz a presença de uma criança com transtorno grave no cotidiano escolar, enfatizando a atenção para as deficiências secundárias: preconceito, medo da aproximação, receio dos pais das crianças ditas normais. Essa discussão tem feito emergir as contradições e controvérsias em relação às temáticas presentes no cotidiano escolar.

Estamos começando a ver que a clínica dos transtornos graves, por ter gestado este grande laboratório de pedagogia social, longe de ser uma clínica dos problemas, pode ser uma clínica das soluções quando se trata de pensar a realizar a dimensão do convívio. Principalmente se pensarmos que boa parte da tarefa da educação e de formação hoje (especialmente no horizonte da democratização da educação) diz respeito ao aprender a conviver (VICENTIN, 2013, p.176)

A aproximação entre os núcleos educação e saúde mental também influenciou nos encaminhamentos realizados pelos profissionais que participaram das reuniões.

Os professores referem que por conhecerem pessoalmente parte da equipe multiprofissional do CAPSij, estes passaram a confiar mais tanto nas avaliações, quanto no trabalho realizado. Ao realizarem um encaminhamento, fortalecem a importância da família procurar efetivamente o serviço, pelo fato de estarem apropriados da forma de funcionamento e de quem são os profissionais que atenderão a criança. Quando possível, traziam o caso para ser discutido na reunião

do EducAção antes de realizar o encaminhamento, ação que favorecia a assertividade do atendimento e acompanhamento do estudante.

A troca de experiências, discussão e elucidação de questões do cotidiano do educador, estabelecimento de redes e parcerias aprofundaram os vínculos dos educadores entre si, com o seu trabalho e com a equipe do CAPSiJ. O processo em conjunto contribuiu para superar a distância e as diferenças de linguagem e interpretações entre saúde mental e educação, construindo assim um pensamento que reúne elementos dos diferentes saberes, estabelecendo um passo decisivo na formulação de uma ação intersetorial, territorial e de corresponsabilidade. Assim como o trabalho em grupos com equipamentos da mesma região colaborou para o conhecimento mútuo, a reconstrução dos vínculos de confiança e a potencialização do sentido da ação pública, na medida em que vai se reconfigurando um horizonte de intenções coletivas e convergentes (VICENTIN, 2013).

“E quanto mais eu comecei a vir às reuniões, mais segura eu me sentia para encaminhar as crianças para cá, faz toda diferença conhecer pessoalmente vocês. Eu precisei de tempo para entender o valor desse grupo, e perceber que dessas discussões brotam outras respostas. Conhecer vocês faz toda diferença.” (Professor 9)

7.3 Sob o ponto de vista da escola, para que serve o CAPSiJ?

Na rotina dos encaminhamentos das escolas ao CAPSiJ, assim como nas conversas durante os grupos focais, foi possível observar algumas das expectativas quanto às ações do serviço para avaliar e acompanhar os casos. Em primeiro plano vêm os atendimentos individuais. Ainda vivemos a cultura de que atendimentos individuais são mais efetivos, mais adequados, e assim há a esperança de que

todos os atendimentos no CAPSij serão individuais, e estes têm em si a potência de resolver o problema. Quando apontamos que a maior parte dos atendimentos serão realizados em grupo, é possível notar certa desvalia do cuidado oferecido.

Podemos notar, nessa passagem, a afirmação quanto à individualização do problema, se o mau comportamento é da criança, logo, ela precisa ser tratada, na sua individualidade, no seu centro, anulando assim a potência de suas relações, e a sua habilidade em desenvolver atitudes positivas. Apontar as vantagens do trabalho em grupo foi um processo construído coletivamente e nesse caminho resgatamos a importância dos grupos para o desenvolvimento infantil e juvenil, a relevância dos pares, dos modelos, e da repetição.

“Por não conhecermos o CAPSij esperamos que os atendimentos sejam individualizados, assim como as famílias, nós temos essa expectativa, do atendimento individual, e não em grupo” (Professor 7)

Em seu estudo, BUENO (2013) aponta que a maioria das referências aos atendimentos realizados em CAPSij é feita aos grupos e oficinas, seguidos dos atendimentos individuais e ações na rede. Tais dados confirmam os resultados encontrados por REIS et. al. (2010), no qual se verificou que as principais condutas terapêuticas realizadas nos CAPSij são terapia em grupo, atendimento individual, oficina terapêutica e intervenção familiar.

Observamos que tais programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSij vão ao encontro do preconizado pela Portaria GM nº 336, de fevereiro de 2002. No entanto, notamos a necessidade de estudos que aprofundem esses resultados e verifiquem se as intervenções realizadas estão efetivamente promovendo a reabilitação psicossocial das crianças e adolescentes usuários dos CAPSij, ou apenas respondendo à questões de natureza diversa, como por exemplo a grande demanda de procura pelo serviço.

De acordo com SILVA (2009), o grupo terapêutico tem importância significativa nos acompanhamentos e nos cuidados às crianças e aos adolescentes. A ideia central é a interação, é a noção criada pelos participantes do grupo que ali existem regras a serem cumpridas, e direitos a serem respeitados, além da descoberta do outro. E assim ter a possibilidade de estar em um meio social que precisa ser vivido com o companheiro respeitando os limites daquele ambiente e do corpo de cada um.

Isso vai retratando a reinserção desses pacientes no mundo extra muro ao CAPSi, pois ao ingressar em outro campo social essas crianças e adolescentes terão a noção de regras e convivência com o próximo e a partir daí poderão usufruir de sua cidadania. No CAPSi Campo Limpo consideramos o grupo como um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

PAVLOVSKY (1995) em seu texto sobre a criatividade em grupos terapêuticos refere que toda atividade lúdica pode ser desmembrada em duas faces: na brincadeira como intenção de elaborar situações traumáticas; e na brincadeira como expressão da potência criadora das crianças. Caberá ao técnico, no espaço grupal, explorar a face necessária para cada demanda de cuidado.

Sendo assim, a experiência com um grupo terapêutico que agrega pessoas com problemas semelhantes, no nosso caso, crianças e jovens em sofrimento psíquico, proporciona uma vivência que pode desenvolver situações favoráveis para o convívio social, assim como expressar pensamentos e sentimentos. Um grupo não é um mero somatório de pessoas, mas sim uma unidade social constituída por pessoas com objetivos comuns e que regulam o seu comportamento por um conjunto de normas estabelecidas pelos próprios elementos do grupo e/ou com

quem o lidera. Nesse sentido, sentir-se pertencente a um grupo implica diretamente em tornar-se membro de uma comunidade.

O grupo é um universo repleto de conteúdos, nele surge tudo o que há para surgir: amor, ódio, ciúme, rivalidade, agressividade, egoísmo, solidariedade. Geralmente, crianças e jovens identificadas com clima e relações violentas em suas comunidades tendem a reproduzir esse modelo no espaço terapêutico. São momentos difíceis nos quais é necessário encontrar um equilíbrio entre limites coletivamente construídos e atitude autoritária.

Nesse contexto temos a contribuição de HUGUET (1995). A autora aponta para a importância do terapeuta de um grupo infantil estar bem situado politicamente, num sentido da não-alienação, tendo em mente no encontro do enquadre grupal com a vida, que ultrapassando as paredes da instituição de saúde há o encontro sócio-político-cultural de cada criança e do terapeuta com o mundo. Ou seja, vivenciaremos dentro do grupo as experiências de vida de cada um, e assim poderemos, nessa vivência, projetar novos significados para ela.

A comunidade de pessoas revela-se, portanto, uma base essencial de aprendizagem dos jovens e crianças para que se tornem um membro do próprio sistema social. Para além de promover as competências sociais, o grupo ainda contribui para o desenvolvimento psicológico, social e interacional. Segundo BRUNELLO (2006), o

acontecer grupal propicia a expressão coletiva podendo ser também um campo de produção de singularidades; a força do grupo leva a criança ou adolescente a um movimento de abertura e socialização, contribuindo para a sua autonomia, ajudando-a a se desvincular da dependência da mãe (ou cuidadora) e construindo o seu próprio campo social. (p.06)

Esse desenvolvimento decorre necessariamente da relação do sujeito com seus pares, uma vez que ao interagir com os outros indivíduos, irão gradualmente, definir-se enquanto pessoa. Assinalados todos esses motivos, é compreensível que

seja vital para um jovem sentir-se parte de um grupo visto beneficiar-se positivamente da ação dos pares no seu desenvolvimento psicossocial. A par disso, a existência de pressões incentivam a agregação dos jovens em grupos na medida em que a sociedade está mais receptiva à inserção de um sujeito afiliado a um grupo do que uma pessoa que se encontre à parte.

Construir com os professores as necessidades individuais e as possibilidades do atendimento em grupo, discutir suas especificidades, foi um importante processo para relativizar o amplo espectro de formatos de cuidado que podem ser oferecidos no CAPSij. E nesse contexto, ao explorarmos as ações do setor da saúde com a educação, frequentemente somos questionados quanto ao uso de medicações. Por que o médico prescreveu um remédio para uma criança, e não para a outra, sendo que no contexto escolar seus comportamentos eram tão parecidos?

“Há a fantasia pelo pessoal da educação de achar que, se eu encaminhei a criança, ela tem que tomar remédio. Como assim, não deram remédio para essa criança?” (Professor 2)

Ao abordarmos esse tema notamos a constante expectativa da ação desses contra o comportamento não adequado. É frequente o pedido para a equipe de saúde mental introduzir uma medicação para acalmar, para reduzir agressividade, para acabar com a raiva. Segundo FREIRE (2017), a medicalização está ligada a uma lógica que reduz e individualiza questões sociais, desconsiderando os múltiplos fatores intrínsecos. Neste contexto, faz-se necessário considerar a interrelação dos processos de medicalização da vida com os conceitos de patologização, psicologização e criminalização, focalizando as especificidades de cada um e que partem desse mesmo processo de individualização de questões sociais.

“Nós do CEFAl, quando vamos à escola, uma das primeiras queixas é que a mãe não está dando o remédio. Há um senso comum, ou da nossa cultura, que leva a pensar que, se o sujeito está sendo trabalhado, acompanhado e/ou toma um medicamento, isso significa que ele vai mudar para aquilo que espero que ele mude... A criança tem um defeito e o professor precisa que você conserte, e com os atendimentos no CAPSij, ela vai mudar para aquilo eu preciso que ela mude” (Professor 4)

Outra solicitação frequente, e que está diretamente relacionada à medicalização, é o pedido de laudo. A emissão do laudo concretiza, para o professor, a necessidade de um cuidado diferenciado para aquela criança. Nos casos de necessidade de acompanhamento pelo CEFAl, ou inserção na SAAI (Sala de Apoio e Acompanhamento à Inclusão nas escolas da Prefeitura); ou na Sala de Recursos nas escolas do Estado, o laudo é uma condição para a inserção nesses espaços. Contudo, o significado simbólico do laudo ultrapassa as exigências dos espaços de inclusão. Quando uma criança recebe um laudo, temos a impressão que tanto os educadores, quanto os familiares, encontram-se num momento de alívio. Como se, graças ao laudo, passem a saber as causas do problema, e também a sua solução.

“Às vezes a criança não tem dificuldade de aprendizado, mas sim tem outras questões que a impedem de aprender, a escola não consegue olhar, nem avaliar essas outras questões, por isso encaminha. Acredito que a dificuldade de aprendizagem faça parte de um processo, e não está sozinha” (Professor 6)

Compreendemos, porém, que o pedido de laudo pode ser um pedido de ajuda, ou ainda a confirmação de um processo perverso de diagnosticar e rotular as crianças.

Não dizemos que uma criança que tem problemas de conduta ou aprendizagem não exprima uma problemática individual ou talvez familiar, mas sustentamos que o diagnóstico individual é antes que técnico, político.

Isto significa a necessidade de analisar a implicação dos profissionais envolvidos em um sistema perverso, onde atualmente as demandas são muito mais patológico-sociais que técnico-individuais. (VOLNOVICH, 1995, p.19).

Frente a situações desafiadoras, a solicitação de uma avaliação vem como uma esperança de que alguém vai saber como lidar com aquela situação limite. O laudo pode ser a construção de um estigma, mas também pode ser a possibilidade de abertura para um diálogo. No momento em que discutirmos esse tema no grupo focal, foi apontado pelos participantes a importância de levantarmos quais são as avaliações feitas pelo CAPSij, e quais podem ser feitas pela escola. Quais foram os investimentos realizados pela escola dedicados aquele aluno com aquelas dificuldades? Quais foram os resultados? Como a família participou da construção desses investimentos? Notamos que a escola, assim como os professores, precisam que outro profissional reconheça o seu trabalho, a sua avaliação.

“Ele precisa de um laudo, porque a escola precisa se respaldar de alguma forma” (Professor 10)

“Na verdade, às vezes, ao encaminharmos para o CAPSij esperamos a avaliação de um psicopedagogo, mas vocês não têm, e não sabemos se existe esse profissional na rede pública. Mesmo assim, encaminhamos para vocês e esperamos uma resposta” (Professor 9)

“Eu acho que os professores esperam que o CAPSij dê um jeito no mal comportamento daquele menino (um laudo, um diagnóstico, uma medicação, uma avaliação) para que ele pare com aquele comportamento que incomoda tanto. A professora não consegue dar aula, pois ele fica pulando de carteira em carteira e não fica parado nunca... enfim... esperamos que o CAPSij ajude a resolver esse problema” (Professor 4)

Contudo, com a evolução dos encontros, os professores também mudam de lugar ao falar sobre as expectativas quanto ao trabalho do CAPSij.

“Não é que o encontro vai trazer receitinhas prontas, faça isso, ou faça aquilo que vai dar certo, não, vocês trazem uma reflexão, vocês trazem também angústias que vocês também têm, mostram que vocês também têm dificuldade para lidar com aquela criança. E assim, quanto percebemos que o outro também é humano, mostrando que tem angústias, assim como eu, quanto percebemos que eu tenho dificuldade para trabalhar com essa criança, e vejo que o outro também está com a mesma dificuldade, isso dá um conforto, e dá uma abertura para que a gente consiga trabalhar em conjunto. É extremamente rico. Rico no sentido formativo, e não informativo, informativo é o de menos”. (Professor 1)

Nessa direção, para além da importância do professor se sentir cuidado, valorizado, encontramos o valor da construção de espaços de formação caracterizados por uma aproximação que favorece tanto os professores quanto os técnicos do CAPSij. Os educadores referem que um dos motivos que os estimula a participar das reuniões do EducAção é pelo fato de se sentirem ouvidos, validados, cuidados pela equipe do CAPSij e pelos participantes da reunião como um todo. Essa relação propicia a elaboração de ações conjuntas. Nós da equipe técnica, ao conhecermos a rotina escolar a partir do ponto de vista do professor, conseguimos projetar mudanças cabíveis a esse contexto, e que englobem as demandas dos professores, e do aluno.

“A gente tem uma escola muito rígida, embora não seja tão antiga, as pessoas que ali estão têm uma visão extremamente antiga. A gente só conseguiu propor mudanças quando demos um passo atrás e atendemos a demanda da escola. Os professores queriam reduzir o horário do aluno, pelo menos um pouco, e nesse momento, quando se sentiram ouvidos, pensaram: eles estão percebendo o meu sofrimento, pois o CEFAl era contra a redução. Mas na reunião reconsideramos coletivamente esse pedido, e a partir do ponto que houve a redução do horário de permanência na escola, esta se colocou disponível para fazer outros acordos em prol daquela criança. Assim

conseguimos outros movimentos para sair da rigidez inicial. Para propor mudanças é preciso compreender a demanda da escola em primeiro lugar” (Professor 10)

Foi referido que devido dificuldades para cuidarem de si mesmos, e encontrar espaço para isso, naturalmente, revogam o cuidado para um terceiro. Pois por não se sentirem cuidados, não conseguem cuidar do outro.

Nos grupos focais o desvalor do discurso do professor aparece por meio das falas que fazem referência ao fato de não se sentirem aptos a avaliar uma dificuldade de aprendizagem, pois não sentem seus discursos validados, nem mesmo pelos seus colegas de trabalho. Referem que, ao participar das reuniões do EducaAção, sentem que são ouvidos, sua fala ganha significados e, a partir dessa troca, conseguem começar a resignificar as atitudes de seus alunos.

“Não é que queremos todo mundo medicado para ficar calminho, mas nós precisamos de informação para saber como agir. Na escola um aluno teve uma crise parecida com uma crise de pânico, foi desesperador, as pessoas estavam com medo, o professor ficou com medo, ele não sabia como agir... como um profissional é eficiente quando está com medo? Ele não é eficiente, porque você tem que amparar uma criança, e não se ampara ninguém com medo” (Professor 6)

Outro papel do CAPSij, apontado pelos professores, é o de aproximação, vinculação, com a família. Escola e família se distanciam, como se não houvesse relação entre elas. O jovem passa da escola para a família, e da família para a escola, cinco dias por semana, como se cada instituição se bastasse por si só, e tivesse seus papéis muito bem definidos, desempenhados com sucesso, e não precisassem uma da outra. Nesse vale construído entre elas, a escola aponta o CAPSij como um ator promissor para favorecer a aproximação e a vinculação da família.

“Eu espero que o CAPSij fortaleça essa família..., assim como eu fui, a família precisa ser fortalecida para lidar com as dificuldades” (Professor 6)

Tal conteúdo nos leva a refletir sobre o endurecimento do fazer pedagógico em seu campo de conhecimento, decorrente de inúmeros fatores já citados no decorrer do trabalho, que favorecem que os professores tenham cada vez menos tempo para respirarem, pararem, analisarem o seu fazer, perdendo assim a importante noção de que todo o processo de aprendizagem depende, e é dependente, de um contexto muito maior que ele, no qual insere-se a família, a comunidade e a saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco principal dessa pesquisa foi analisar a formação permanente de professores no âmbito do Programa EducaAção que foi desenvolvido em um

equipamento de saúde mental infantojuvenil, visando a integração do binômio saúde mental – educação. Para tanto partimos de três pressupostos: (1) que o cuidado que o CAPSij destina a crianças e adolescentes é, impreterivelmente, em rede; (2) a escola é um dos atores de grande importância na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, tendo em vista o seu papel de destaque nos processos de aprendizado, socialização e crescimento de crianças e jovens; (3) a articulação entre saúde mental e educação é tão complexa quanto relevante, particularmente no acompanhamento de crianças e jovens em situação de sofrimento psíquico.

As crianças e suas famílias atendidas pelo CAPSij Campo Limpo encontram-se em situação de sofrimento psíquico e, por motivos variados, necessitam de um cuidado ampliado e articulado com outros setores. Segundo DELFINI (2016), as dificuldades por elas apresentadas são complexas, multideterminadas, relacionadas aos contextos em que vivem e, por isso, a atenção demandada é igualmente múltipla.

O Programa Educação se constituiu como espaço que favorece troca de experiências, vivências e informações entre os núcleos da saúde mental e educação. Dessa forma se caracterizou como campo que concentra em suas reuniões a preocupação com uma orientação de atenção conjugada com os ideais advindos da reforma psiquiátrica – as ações intersetoriais e, pelas diretrizes da inclusão; por isso foi escolhido como campo de pesquisa.

As reuniões do Programa Educação continuaram acontecendo durante todo o processo de elaboração da dissertação nas quais minha permanência, na condição de pesquisadora, foi de suma importância para que as ideias que guiaram a análise dos dados retratassem fidedignamente a realidade estudada.

A complexa dinâmica de trocas entre a saúde mental e educação é permeada por contradições, diferentes visões, oposições, contrapontos; entretanto, pensamos ter construído um modelo compreensivo capaz de captar a heteroxidade dos fenômenos analisados, preservando, assim, o processo vivo no interior do qual cada um dos profissionais, professores, educadores e técnicos se posicionava, revia e alterava sua posição em prol de um objetivo comum: o cuidado com a criança ou com o jovem.

A equipe do CAPSij aprendeu sobre a dinâmica institucional escolar, conheceu as hierarquias que precisam ser respeitadas, se apropriou da realidade do professor em sala de aula – suas implicações, desafios, peculiaridades. Sob essa troca de saberes, foram construídos processos de inclusão que consideravam os limites e as necessidades de cada lado: da escola, do professor e da criança.

A possibilidade de fazer parte da equipe, assim como do Programa EducAção, e poder olhá-lo pelo lado de dentro e de fora, ora como participante, ora como pesquisadora, foi enriquecedora para a apreensão dos objetivos da pesquisa. Nosso intento inicial foi o de analisar, e, avaliar, se o Programa se mostrava efetivo como espaço de formação permanente para os professores. Todavia, nos encontros propiciados pelos grupos focais e nas conversas com os professores, fomos surpreendidos pelo fato de que o Programa havia se constituído como um lugar de formação tanto para os professores, quanto para a equipe do CAPSij. Entretanto, também se apresentou como um lugar para o cuidado, a escuta e acolhimento do professor.

Na rotina do trabalho, no contato frequente com as escolas tínhamos a impressão de que faltava informação aos professores. Eles pediam conteúdos, aulas, protocolos de avaliação... Contudo, ao nos aproximarmos, desvelou-se uma

necessidade de cuidado. Os professores careciam de pessoas disponíveis a ouvi-los, a dividir suas angústias, compartilhar suas dúvidas; que reconhecessem seu lugar de desamparo.

A situação de trabalho dos educadores é delicada. Salas com muitos alunos, pouco tempo para reflexão, para dispersão, para organização. Quando sugerimos uma adaptação para um aluno, seja no horário de aula ou no horário da saída, notamos uma significativa dificuldade em flexibilizar as amarras institucionais. E muitas vezes os professores também se encontram atados nesses nós.

Embora nos momentos desafiadores os educadores se coloquem, e são colocados, num lugar de desvalor, de impotência, não podemos deixar de lado a importância da escola na vida das crianças, jovens e suas famílias. Quando conversamos sobre a relação escola e família, muitas vezes essa se dá somente por recados no caderno e reuniões de final de ano. Não observamos muito interesse do professor em conhecer a história dessa família – parece-nos que por não terem o hábito de fazer de outro jeito – tão pouco da família conhecer os pormenores da intuição. Os professores nos solicitam para estreitar a relação com a família, pois não têm tempo para tanto. Mas a aproximação é tão importante, e consideramos tão primordial, que muitas vezes agendamos atendimento com a família e os profissionais da escola e do CAPSij. Assim, podemos mediar essa relação e favorecer as trocas benéficas entre nós. Entender melhor as queixas e os manejos possíveis.

O fato da Política Nacional de Saúde Mental orientar o trabalho das equipes para a linha da intersetorialidade, favorece que toda a equipe do CAPSij esteja com seu trabalho direcionado à construção de uma rede de suporte para as famílias, e

por isso a participação da escola se torna tão importante, as relações construídas nelas duram, geralmente, pela vida toda... sejam elas positivas, ou negativas.

Ao conversarmos sobre as situações de sofrimento psíquico com os professores, notamos as diversas compreensões que o termo pode ter. E as leituras ficam ainda mais complexas quando questionamos sobre a gravidade e persistência. Esse era um tema constante nos encontros do Programa Educação, porque alguns casos não eram inseridos no CAPSij, e outros sim? Qual a avaliação para considerar um caso grave, ou não? O que é considerado grave pela escola é considerado grave pela equipe do CAPSij? Nem sempre entrávamos em consenso, mas sempre tínhamos uma discussão rica em detalhes, em olhares, em opiniões, as quais, na maioria das vezes, compunham um novo caminho, indo ao encontro da criança ou do jovem, e da sua permanência na escola.

Partindo desse ponto, na aproximação com a realidade escolar, foi possível desconstruir, aos poucos, o lugar hierarquizado do profissional da saúde como mantenedor de um conhecimento que precisa ser passado aos professores, ou do qual eles dependem para realizar suas ações para um lugar de troca de conhecimentos horizontal. Ao discutirmos o tema da medicalização, por exemplo, foi possível promover um espaço de reflexão aprofundada sobre o assunto, considerando os diversos pontos de vista. Nesse caminho conseguimos encontrar alternativas para o sim, e para o não, quanto ao uso da medicação. Refletimos conjuntamente sobre os sintomas que podem ser amenizados com o uso de medicamentos, os efeitos colaterais e os riscos envolvidos no uso de determinadas drogas. Desse modo resolver um mau comportamento com uso de medicação deixou de ser responsabilidade somente da equipe de saúde mental, mas sim de todos os envolvidos na situação.

Para fechar, gostaríamos de destacar a importância do trabalho de formação permanente para todos, educadores e profissionais da saúde. Diante desse panorama, se torna indiscutível a necessidade e importância da formação permanente, pois se tornar professor ou profissional da saúde é um processo de longa duração, de novas aprendizagens e sem um fim determinado, ou seja, o profissional se forma profissional na prática e na reflexão sobre a prática.

Pretendemos assim, ter contribuído para o processo de escolarização bem sucedido de crianças e adolescentes que são encaminhados e atendidos em serviços de saúde mental, dando elementos para pensar de que forma a Saúde tem se relacionado e pode se relacionar com a Educação na direção da efetivação de políticas públicas não medicalizantes e que considerem as múltiplas determinações que envolvem as queixas escolares.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGAROLLO, M. F.; RIBEIRO, V. V.; PANHOCA, I. O brincar de uma criança autista sob a ótica da perspectiva histórico-cultural. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n. 1, 2013, p. 106-120.

BASILE, O; ANDRÉ, S. A. B. Fábrica de mundos: ferramentas conceituais para o tratamento das psicoses infantis. In: VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G.; FERNANDES, M. I. A. (org.). **Tecendo a rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989-1996**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2003, p. 137-182.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, 2002, p. 20-28.

BORELLI, E. Vulnerabilidades sociais e juvenil nos mananciais da zona sul da cidade de São Paulo. **Revista. Katál**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina. v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./jun. 2012.

BRAGA, S. G.; MORAIS, M. L. S. Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde: o caso da queixa escolar. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 45, ago. 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Continuada, **Alfabetização, Diversidade e Inclusão**. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, 2007. Disponível em: <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: 20 mar. 2019.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a Clínica Ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil**. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração e projetos de construção, reforma e a ampliação de CAPS e de UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. **Guia de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa Elos**: construindo coletivos guia do componente escolar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_elos_guia_componente_escolar.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BRUNELLO, M.; JURDI, A.; ANGELI, A.; CARVALHO, C.; KOU, V. A criação de um espaço para a existência: o Espaço Lúdico Terapêutico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 4-9, 1 abr. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13976>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRUNELLO, M. I. B. Transtorno Emocional Infantil. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). **Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, v.1, p. 115-121.

BUENO, A. R. **Terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi). Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2013.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 6, n. 2, p. 143-155, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMINITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CHIAVERINI, D. H. et. al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** (Org.). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília – DF, 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO. **Retratos da Escola 3** – A realidade sem retoques da educação brasileira. Brasília: CNTE, 2003.

COLLARES, C. A. L.; MOYSES, M.A.A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). **Série Ideias**: Fundação de Desenvolvimento da Educação, 23 (Cultura e saúde na escola), p. 25-35, 1994.

COSTA, F. R. Um galo sozinho não tece uma manhã: a parceria do fonoaudiólogo para o trabalho Intersetorial. In: LYKOYROPOULOS, C.; HERRERO, E. (org). **Fonoaudiologia e Saúde Mental no trem da reforma**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2015. p. 110.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Orgs).

Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 271-279.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; Delgado, P. G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2008, v. 30, n. 4, p. 390-398.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA A. M. C.; LIMA, N. L. (Orgs). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2003, p. 191-8.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira** (2001-2010). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 68-76. Recuperado em 29 novembro, 2011. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/83/152>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

DAZZANI, M. V. M. et al. Queixa escolar: uma revisão crítica da produção científica nacional. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 421-428, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000300421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2018.

DELFINI, P. S. de S. **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.6.2016.tde-25022016-135155. Acesso em: 26 fev. 2019.

FERNANDES, A. M. D. et al. Histórias e práticas do sofrer na escola: múltiplos atos/atores na produção do “aluno-problema”. In: **Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação**. MARCONDES, A.; FERNANDES, A.; ROCHA, M. da (Orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 146 a 166.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2012, p. 141.

FREIRE, K. do E. S. **Educação e Saúde Mental**: Uma análise sobre as queixas escolares em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Salvador – BA. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

FREIRE, P. **A educação na cidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Política e Educação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2017.

GATTI, A. B. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012, p. 11.

GENEROSO, M. C. Os dispositivos de cuidado em um centro de referência em saúde mental da criança e adolescente. In: BONTEMPO, V. L.; FERREIRA, T. (Org). **Crianças e Adolescentes: cuidado em saúde mental o trabalho feito por muitos**. Curitiba: Editora CRV, 2012, p. 131-137.

GOES, A. (REDE NOSSA SÃO PAULO). **Mapa da Desigualdade da Primeira Infância**: os piores distritos da cidade para as crianças (Notícia online sobre o Mapa da Desigualdade), 2017. Disponível em: <<http://www.nossasaopaulo.org.br/tags/mapa-da-desigualdade>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

GOES, F. T.; MACHADO, L. R. S. Políticas educativas, intersetorialidade e desenvolvimento local. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 627-648, 2013.

HUGUET, A. C. Vinte anos de grupos com crianças. In: VOLNOVICH, J.; HUGUET, C. **Grupos, infância e subjetividade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1995.

INOJOSA, R. M. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cad. FUNDAP**. 2001, p. 102-10.

JURDI, A. P. S. et. al. Vulnerabilidade sócio ambiental e o cuidado na primeira infância. **Rev Ter Ocup**, Univ São Paulo, 2017 set./dez. v. 28, n. 3, p. 281-9.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. Tese Doutorado, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, 2010.

LYKOUROPOULOS, C. B. Saúde e Educação: intersetorialidade e práticas inclusivas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO E.; TANAKA, O. Y (Orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 381-393.

MACHADO, A. M. **Inventando uma Intervenção na Escola Pública**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

_____. **Crianças de classe especial**: Efeitos do encontro da saúde com a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

_____. Plantão Institucional: um dispositivo criador. In: MARCONDES, A.; FERNANDES, A.; ROCHA, M. da (Orgs). **Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 117 a 147.

MARAZINA, I. As Fronteiras do Terapêutico no Trabalho da Rede Pública. In: BERGER, E.; CARROSO, N. et. al. (Orgs). **Crise e Cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, M. L. S. Redes de proteção e de inclusão social: a importância da atuação intersetorial na atenção à saúde. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 34, p. 21, 2004.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, 2009.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França (Orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2014. p. 42.

NÓVOA, A. **Profissão professor**. Lisboa: Porto Editora, 1999.

OLIVEIRA, M. F. A. P. B.; MENDONÇA, J. O CAPSI e a rede ampliada: intersectorialidade. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 193-207.

OLIVEIRA, M. K.; **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 4. ed. São Paulo: Scipione, 2000.

OURY, J. Itinerários de formação. **Revue Pratique**, n. 1, p. 42-50. (tradução Jairo Goldberg, mimeo). São Paulo, 1991.

POLANCZYK, G.; DE LIMA, M. S.; HORTA, B. L.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942

PAVLOVSKY, E. Criatividade nos grupos terapêuticos. In: VOLNOVICH, J.; HUGUET, C. **Grupos, infância e subjetividade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1995.

PORTO, R. C. C.; LIMA, T. S. de. O legado de Paulo Freire para a formação permanente: uma leitura crítica das dissertações e teses sobre a formação de professores. **Revista e-Curriculum**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 186-210, abr. 2016. ISSN 1809-3876. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/26351>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Educação. **Agir com a escola**: revisar, ressignificar, avaliar, replanejar. São Paulo: SME/DOT, 2016. Disponível em: <<http://ec.educapx.com/file/320737/agir.pdf?tok=MzlwNzM3>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. **Caderno de debates do NAAPA**: questões do cotidiano escolar. São Paulo: SME/COPED, 2016. Disponível em: <https://www.sinesp.org.br/images/24__CADERNO_DE_DEBATES_DO_NAAPA_QUE_STOES_DO_COTIDIANO_ESCOLAR.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Educação. **Rede de ensino na Zona Sul**. Disponível em: <<http://www.educacao.sp.gov.br/faq/faq.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Urbano. **Mapa das prefeituras regionais**. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/mapa/index.php?p=14894>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

REIS, A. O. A.; FONSECA, F. da L.; NETO, M. L. R.; DELFINI, P. S. de S. **As Crianças e os Adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012. p. 101, 103, 105.

REGHELIN, M. M. A. Medicalização do Fracasso Escolar. **Revista de Psicanálise – Grandes temas do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Editora Mythos, 2015.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en&nrm=iso> e <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001. p.103.

SARAIVA, L. F. de O. Olhares em foco: tensionando silenciamentos. In: SOUZA, B. de P. (Org). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SILVA, R. C. da. O fracasso escolar: a quem atribuir? **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 7, p. 33-41, ago. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X1994000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1994000200004>.

SILVA, A. M. **O atendimento de adolescentes envolvidos com uso de drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2018.

SILVA, M. G. S. **O cuidado clínico à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico no CAPSi – como os profissionais cuidam**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2009.

SCORTEGAGNA, P.; LEVANDOWSKI CENTENARO, D. Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da Rede Municipal de Ensino de Caxias do Sul. **Interações** [Internet], 2004, v. IX, n. 18, p. 127-152. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401808>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOUZA, B. de P. Orientação à queixa escolar: considerando a dimensão social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 312-319, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2017.

SOUZA, M. P. de. Medicalização. In: São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. **Caderno de debates do NAAPA**: questões do cotidiano escolar. São Paulo: SME/COPEd, 2016. Disponível em: <https://www.sinesp.org.br/images/24__CADERNO_DE_DEBATES_DO_NAAPA_QUE_STOES_DO_COTIDIANO_ESCOLAR.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 154-155.

TAÑO, B. L. A **Constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2017.

TAÑO, B. L.; HAYASHI, M. C. P. I. Saúde mental infantojuvenil e educação: análise bibliométrica da produção científica nacional e internacional (1968-2014). **RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**, jul.-set. 2015, v. 9, n. 3. [www.reciis.iciict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

VOLNOVICH, J.; HUGUET, C. Sociedade, infância e família no final do primeiro milênio. In: VOLNOVICH, J.; HUGUET, C. **Grupos, infância e subjetividade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1995.

VICENTIN, M. C. G. Transversalizando saúde e educação: quando a loucura vai à escola. In: MARCONDES, A.; FERNANDES A.; Rocha M. da (Org). **Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, p. 167-184.

_____. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, 2006, p. 10-17.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan. 2008.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 3-22.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014.

10 ANEXOS

10.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: EducAção: ações intersetoriais em prol da saúde mental infantojuvenil

Pesquisador responsável: Carolina Donato da Silva

Meu nome é Carolina Donato da Silva, sou terapeuta ocupacional, faço mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Adivíncula Reis do Departamento Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio deste convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar o impacto do Programa EducAção com as escolas no desfecho, e na compreensão, dos casos encaminhados ao CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo após participarem desta estratégia de intervenção.

Para tanto você fará parte de um grupo focal com professores da rede de ensino que participaram das reuniões do EducAção. Desse modo, sua participação no estudo consistirá em comparecer ao encontro agendado para a realização do grupo focal que terá como pauta única a avaliação das reuniões do EducAção. Tal reunião terá a duração aproximada de duas horas, e pretende não concorrer com suas atividades cotidianas.

Ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas para fins científicos tendo garantido o máximo anonimato sobre seus dados pessoais e a confidencialidade das informações que você falar. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa agora, ou em qualquer momento dela. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Quanto aos riscos, sua participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, ou oferecerá riscos à sua integridade. Também não lhe trará nenhum benefício direto ou de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar dela. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre o cuidado em saúde mental infantojuvenil e sua interface com a educação.

Comprometo-me a lhe divulgar os resultados finais da pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem as diretrizes e normas técnicas para a realização de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é emitido em duas vias, uma ficará na posse do pesquisador e outra do participante.

Após esses esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas, ou instituições:

Mestranda: Carolina Donato da Silva. Rua José Álvares Maciel, 787 apto41, Cep: 05539-080. telefone: 11 99849.3130. E-mail: ninacarolina@usp.br

Orientador responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Adivíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 - 2 andar - Cerqueira Cezar. São Paulo. CEP: 01246-904. telefone: 3061.7703. E-mail: albereis@usp.br

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 - térreo - Cerqueira Cezar. São Paulo. CEP 01246-000. Telefone: 3061.7779 e 3061.7742

10.2 Roteiro Grupo Focal

Boa tarde,

Bem-vindos ao grupo focal de avaliação do EducAção. Este encontro faz parte da minha pesquisa de mestrado que tem título: EducAção: ações intersetoriais em prol da

saúde mental infantojuvenil. Seu objetivo principal é avaliar o Programa em seu funcionamento e efetividade.

A pesquisa está sendo desenvolvida na Faculdade de Saúde Pública da USP, no Laboratório de Saúde Mental Coletiva do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Agora, gostaria de ler com vocês o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A previsão de duração do grupo é de 1h30. Sintam-se à vontade para se retirar caso sintam necessidade. Aqui na mesa tem água, café e chá, sirvam-se à vontade.

1. O ambiente da escola influencia a vida, o modo de agir e sentir da criança em maior ou menor intensidade. Vocês acham que o ambiente da escola possa influenciar, interferir ou gerar situações de sofrimento das crianças? De que maneira, em quais circunstâncias? Poderiam ilustrar o que vocês falaram com exemplos?
2. Bom, agora gostaria de introduzir outro tema, bastante parecido, porém diferente. O ambiente da escola pode favorecer situações de cuidados para as crianças? De que maneira, em que circunstâncias, para que tipo de crianças? Poderiam ilustrar o que vocês falaram com exemplos?
3. Vocês participaram dos encontros do EducAção. O que foram esses encontros para vocês? O que vocês acham desse programa?
4. As discussões de caso realizadas nas reuniões do EducAção trazem alguma nova contribuição para vocês? Quais?
5. Quando um caso é encaminhado para o CAPSij, como se dá o relacionamento da Escola com o serviço? O que a escola espera deles?
6. O que é uma situação de sofrimento psíquico grave e persistente?
7. Como a saúde mental pode ajudar nos casos de dificuldade de aprendizagem se em sua equipe não há profissionais com habilidades para trabalhar alfabetização, ou que tenham formação em pedagogia?
8. Vocês sugerem alguma mudança para o Programa EducAção?

11 CURRÍCULO LATTES

Alberto Olavo Advincula Reis

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>
Última atualização do currículo em 06/05/2016

Graduado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), Mestre em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva. O foco de sua linha de pesquisa são os estudos e as investigações sobre a Saúde Mental Coletiva com ênfase na criança, adolescente e jovens. Coordenador do NUPPSI - Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública. Presidente do CDH - Centro de Estudos de Desenvolvimento do Ser Humano. Diretor do CORAL USP. Autor do romance Em Breve tudo será Mistério e Cinza ed. Cia das Letras, 2013. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alberto Olavo Advincula Reis
Nome em citações bibliográficas	REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA; REIS, ALBERTO OLAVO ADVÍNCOLA; ADVINCULA REIS, ALBERTO OLAVO

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr Arnaldo 715 2º andar Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1989 - 1993	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, Ano de obtenção: 1993. Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga. Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1974 - 1977	Mestrado em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França. Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., Ano de Obtenção: 1977. Orientador: MarieAnne Martin. Palavras-chave: Psicopatologia infantil; Análise institucional. Grande área: Ciências Humanas Setores de atividade: Saúde Humana.
1986 - 1986	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1968 - 1971	Graduação em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França.

Livre-docência

2010	Livre-docência. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, FSP, Brasil. Título: SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Ano de obtenção: 2010. Palavras-chave: Saúde mental; Saúde Coletiva. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública /
-------------	--

Carolina Donato da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7015414288392237>
Última atualização do currículo em 15/08/2016

Em 2004 completei minha graduação em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente trabalho como terapeuta ocupacional do CAPS II Infantil Campo Limpo, o qual é administrado pelo Hospital Israelita Albert Einstein-HIAE. Há onze anos tenho desenvolvido minhas atividades na área da saúde mental infantojuvenil, trabalhei nos CAPSi's de Carapicuíba, Sé e Vila Maria/Vila Guilherme. Em 2011 fui aprovada no concurso público para Professor Temporário na Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, assumi o cargo em março de 2012. Por dois anos (de 2012 a 2014) desenvolvi atividades acadêmicas no curso de Terapia Ocupacional dentro do campo da Terapia Ocupacional Social. Em setembro de 2015 fui aprovada no processo seletivo para o curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde na modalidade EAD pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, RJ. Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob orientação do Professor Alberto Olavo Advíncula Reis. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Carolina Donato da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, C. D.; SILVA, CAROLINA DONATO DA

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Pós Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP - Universidade de São Paulo, FSP, Brasil. Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis.
2015	Especialização em andamento em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, RJ, FIOCRUZ, Brasil.
2001 - 2004	Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A importância da participação da família nos processos de reabilitação. Orientador: Marta Carvalho de Almeida.

Formação Complementar

2015 - 2015	Extensão universitária em O atendimento psicossocial a famílias. (Carga horária: 50h). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, IPUSP, Brasil.
2010 - 2010	Atualização em Psiquiatria da Infância e Adol.. (Carga horária: 16h). Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, IPQ, Brasil.
2008 - 2008	Extensão universitária em Psicopatologia Winnicottiana I. (Carga horária: 45h). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC Campinas, Brasil.
2008 - 2008	Extensão universitária em Teoria Winnicottiana do Amadurecimento. (Carga horária: 45h). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC Campinas, Brasil.
2008 - 2008	Aperfeiçoamento em Impactos da Violência na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
2007 - 2007	A música como processo de desenv. da criança. (Carga horária: 32h). Universidade Livre de Música Tom Jobim, ULM, Brasil.
2005 - 2005	Curso de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). (Carga horária: 16h). Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, IPQ, Brasil.
2001 - 2001	Álcool e Drogas: abordagens atuais, prevenção e tr. (Carga horária: 8h). Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas, GREa, Brasil.

Atuação Profissional