



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Saúde Coletiva  
Residência Multiprofissional em Saúde Mental

LETÍCIA PEREIRA DE SOUZA

**REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA  
ATENÇÃO BÁSICA: POTÊNCIAS E DESAFIOS NA ARTICULAÇÃO COM AS  
ESCOLAS**

CAMPINAS

2022

LETÍCIA PEREIRA DE SOUZA

**REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA  
ATENÇÃO BÁSICA: POTÊNCIAS E DESAFIOS NA ARTICULAÇÃO COM AS  
ESCOLAS**

Trabalho de Conclusão do Programa  
de Residência Multiprofissional em  
Saúde Mental do Departamento de  
Saúde Coletiva da Faculdade de  
Ciências Médicas - Universidade  
Estadual de Campinas  
(UNICAMP).

Orientador: Bruno Ferrari Emerich

CAMPINAS

2022

## RESUMO

Considerando o trabalho no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o presente trabalho busca refletir sobre as possibilidades de cuidado em saúde mental infantojuvenil na ABS. Alguns estudos reconhecem que o paradigma contemporâneo de saúde infantojuvenil tem como peça fundamental e indissociável a saúde mental, sendo que a depressão e ansiedade são os problemas em saúde mental infantojuvenil identificados como mais prevalentes. O alto grau de limitação funcional e sofrimento causado por esses problemas têm resultado em grave impacto na qualidade de vida e produtividade de crianças e adolescentes, ainda mais depois da pandemia. Como resposta, as diretrizes no âmbito da saúde reforçam a importância das ações intersetoriais na construção de linhas de cuidado para crianças e adolescentes, reconhecendo o princípio da proteção integral. Considerando, então, que as escolas são ambientes privilegiados tanto na promoção de fatores protetivos, quanto na detecção de riscos e na redução de danos e agravos psicossociais para crianças e adolescentes, o objetivo do trabalho é refletir sobre as possibilidades de articulação do cuidado em saúde mental infantojuvenil na ABS junto às instituições escolares, levantando potencialidades e desafios nesse processo. Muitas crianças e adolescentes adoecem por questões relacionadas a convivência com seus pares, tanto no âmbito familiar, quanto na escola, sendo que mesmo que eles tenham acesso a um “tratamento” em algum serviço de saúde, a impossibilidade de se inserir no laço social de outra forma e de encontrar outras referências de cuidado, suporte, troca e aprendizado também limita o alcance desse “tratamento”. Considero, então, que um dos papéis importantes dos profissionais de saúde no desenvolvimento de linhas de cuidado para saúde mental infantojuvenil, no âmbito da ABS, é tentar apoiar a escola no desenvolvimento de uma implicação entre o educar e cuidar.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantojuvenil. Atenção Básica à Saúde. Intersetorialidade. Escola.

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	5
2. Objetivo .....	13
3. Metodologia .....	14
4. Desenvolvimento .....	15
a. Saúde Mental Infantojuvenil.....	15
b. Qual cuidado é possível?.....	20
c. Relato de Experiência.....	22
i. Contextualização do Campo.....	22
ii. Intersecções.....	22
5. Discussão .....	29
6. Considerações Finais .....	37
7. Referências Bibliográficas .....	39

## 1. Introdução

As equipes da Atenção Básica, que agora estão se organizando a partir da estratégia de Saúde da Família (ESF) em Campinas, são consideradas referência no cuidado de certa população em um território definido sob sua responsabilidade sanitária, estando acessíveis para acolher a demanda e realizar o acompanhamento dessa população de maneira longitudinal por meio de ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação e de redução de danos. Coordenando, assim, o cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Frente à necessidade de incremento das práticas de cuidado sob responsabilidade das ESF, as quais tem se revelado cada vez mais complexas e desafiadoras no cotidiano dos serviços (Santos e Bosi, 2021), o Ministério da Saúde (MS) criou, mediante Portaria GM nº 154/2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASFs são formados por profissionais especialistas de diferentes áreas de conhecimento, incluindo a saúde mental, e tem a missão de apoiar o trabalho das ESF, ampliando a abrangência do cuidado, o escopo e a qualidade das ações (Ministério da Saúde, 2014). Em Campinas, a atuação das profissionais com formação especializada em saúde mental na ABS se dá, atualmente, somente a partir dos NASFs.

Os Nasfs surgem, assim, como uma forma de tentar aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população, mas também contam com muitos desafios em seu processo de implementação. A dificuldade relativa à disponibilidade e modo de funcionamento da atenção especializada é apontada como um problema estrutural do SUS (Castro e Campos, 2016) e se mantém mesmo com os esforços na criação de novos dispositivos, como o Nasf.

No que concerne ao trabalho realizado pelo Nasf, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a partir das demandas e necessidades identificadas pela equipe de ESF, o Nasf pode atuar tanto para apoiar essas equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável. O processo de trabalho, então, deveria divergir do modelo ambulatorial centrado no agendamento de consultas individuais oferecidas pelos profissionais de acordo com seu núcleo de saber ou, em outro extremo, de um modelo que se limita a orientar os profissionais das equipes de ABS sobre como fazer (Ministério da Saúde, 2014).

Dentre as ações realizadas, destaca-se aqui as ações intersetoriais, considerando que a proximidade que os profissionais têm com o modo como a vida se organiza nos territórios, no

âmbito da ABS, oportuniza a identificação de uma série de problemas que interferem no processo saúde-doença-cuidado e cujo enfrentamento demanda, por vezes, o envolvimento de outros setores.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2010, na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes sociais para garantir opções saudáveis para a população. A intersetorialidade é compreendida, então, como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (Ministério da Saúde, 2010).

A PNPS traz que, tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Já na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, entende-se que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses estão intimamente relacionados à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (Ministério da Saúde, 2010).

Nesse sentido, a estratégia de promoção da saúde é tomada como uma possibilidade de focar os aspectos sociais que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país, como por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializar, assim, formas mais amplas de intervir em saúde (Ministério da Saúde, 2010).

A PNPS propõe, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes sociais, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles para além dos muros das unidades de saúde, incluindo a participação de outros agentes da própria comunidade e considerando como fundamental os saberes preexistentes, os estilos de vida, os hábitos e os

desejos dos sujeitos com vistas à construção de equidade e redução de situações de vulnerabilidade (Emerich & Gava, 2019). Com isso, é possível incidir sobre as condições de vida e favorecer a ampliação de possibilidades de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

A intersetorialidade visa, assim, a construção de redes de cuidado que podem envolver: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes etc e o Nasf pode ser um parceiro estratégico das ESF na construção desses pontos de articulação, pois seus profissionais tendem a se relacionar com um número expressivo de casos em certo campo de atuação e a conhecer melhor a rede nesse campo (Ministerio da Saúde, 2014).

No âmbito da ABS, como parte das ações de promoção à saúde, de forma geral, os Centros de Saúde, com apoio dos Nasfs, têm a responsabilidade também de desenvolver ações que cuidem das questões relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, articulando-se com os demais pontos da rede (Brasil, 2011).

No Brasil e em vários outros países, os ideais e diretrizes do movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) vem gerando, nos últimos anos, transformações no modelo assistencial destinado às pessoas com questões de saúde mental, contestando a psiquiatria clássica e reformulando seu objeto e linhas de ação. Tal movimento busca legitimar a saúde mental como um campo de produção de conhecimentos e práticas que, para o Ministério da Saúde, “mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde”, que tem como maior preocupação “a reabilitação e reintegração do paciente em seu contexto social” (Santos e Bosi, 2021). Nesse sentido, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que prevê a criação e a articulação de diversos dispositivos sociais presentes nos territórios, de modo a promover alternativas à hipermedicalização e ao confinamento das pessoas com transtorno mental e fomentar novas possibilidades de cuidar.

A RAPS defende um modelo de cuidado de base territorial, mais integral, horizontal, multiprofissional, intersetorial, longitudinal e contextualizado, com a construção de serviços de atenção diária organizados em rede. Essa rede de serviços substitutivos se propõe a operar na perspectiva da desinstitucionalização da pessoa com sofrimento mental, com abordagem psicossocial e comunitária, deslocando o foco da doença para o sujeito – com suas experiências, contextos, necessidades e desejos –, incluindo sua família e rede social, visando principalmente ao resgate de sua autonomia, de seus direitos individuais e sociais e à sua reinserção social (Pupo, et al., 2021).

Para tal, o SUS reconhece a ABS como um local privilegiado de cuidado dentro da RAPS. Pupo, et. al, (2021) afirmam que a relevância da ABS no âmbito do cuidado em saúde mental se dá principalmente por sua proximidade com o território de vida dos usuários, por seu vínculo contínuo com a comunidade, por seu cuidado longitudinal, pela melhor gestão de doenças crônicas e condições de longa duração, por sua proximidade com diferentes recursos, organizações e dispositivos sociais comunitários para além do setor saúde e por ser pautada nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade.

Souza (2012) também afirma que os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo e de grande importância na promoção da saúde mental em suas respectivas localidades. Ela desenvolve uma reflexão sobre a clínica da saúde mental na ABS, defendendo que a inclusão das ações de saúde mental na ABS adquire características de uma clínica inovadora, já que nos provoca a criar a cada dia, a cada encontro, novos modos de promoção da saúde mental na comunidade, produzindo novas tecnologias e respostas para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico, pois permite e impele os profissionais a estarem cada vez mais inseridos na comunidade. Assim, os profissionais começam a se integrar a uma nova rede na qual estes indivíduos estão inseridos, não somente a uma rede de serviços, mas sim, a redes de convivência, de apoio e de solidariedade.

Para Souza (2012) as ações de saúde mental na atenção básica caracterizam-se, então, como uma nova maneira de buscar formas coletivas de lidar com questões do sofrimento psíquico, o que incita a adoção de práticas de atenção que visam a uma transformação social, possibilitando à comunidade lidar de outras maneiras com a loucura, o sofrimento e a diferença. Ela traz Pinto (2017) para dizer que os profissionais, ao cuidarem das pessoas com sofrimento psíquico e de suas famílias, inseridos na realidade local e tecendo redes de apoio, podem estimular reflexões sobre as condições de vida e, ao mesmo tempo, estimular a população a participar de forma mais ativa no planejamento das ações em saúde de seu território.

Contudo, a integração da saúde mental na ABS ainda têm-se mostrado frágil e incipiente, sendo que Pupo, et. al, (2021) consideram determinantes, dentre os desafios que têm contribuído para a constante dificuldade de implantação e incorporação do modelo psicossocial nas unidades de saúde do SUS, incluindo a ABS, os seguintes fatores:

o modelo biomédico de sofrimento mental que se preocupa em silenciar os sintomas por meio da medicação e que ignora a dimensão subjetiva, social e existencial dos problemas; o estereótipo de periculosidade e incapacidade relacionados com os transtornos mentais graves que geram afastamento,



receio e desistência de investimento dos profissionais no cuidado para além da medicação; a falta de preparo dos profissionais, especialmente daqueles da atenção primária, sobre a temática de saúde mental; a separação e a cisão do cuidado em problemas físicos e problemas emocionais/psicossociais; o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas; o estabelecimento de diretrizes operacionais genéricas e sem detalhamento sobre como identificar e diagnosticar, sobre quais os fluxos de atenção adequados e o tipo de abordagem terapêutica que deve ser utilizada em cada situação; e a baixa articulação entre os serviços da rede pública de saúde (Pupo, et. al, 2021, p. 109).

Pupo, et. al, (2021) apontam também para a falta de uma escuta qualificada do sofrimento na ABS, sendo que, em geral, há uma escuta de sintomas para fins de um diagnóstico de natureza mais psiquiátrica, mais propensa a identificar demandas mais graves, sintomáticas, muito explícitas e emergenciais, e não aquelas relacionadas com a subjetividade, com o sofrimento existencial ou situacional, as quais poderiam ser cuidadas a partir de ações de promoção e prevenção. Além disso, problematizam a prática comum de repetição e troca de receitas de medicamentos psicotrópicos por parte dos profissionais dos serviços sem reavaliação das necessidades e do sofrimento envolvido em cada situação.

Os autores apresentam, ao final do trabalho, algumas pesquisas que reforçam certas fragilidades na organização das ações em saúde mental na ABS, como a fragmentação do cuidado, sendo que o usuário de Caps muitas vezes não é visto como pertencente também à ABS; o baixo planejamento e a gestão insuficiente do cuidado em saúde mental nas UBS; o limitado uso de ações no território, uma vez que as ações desenvolvidas são principalmente dentro da unidade; o reduzido uso de abordagens grupais; e a baixa participação dos usuários e da família no planejamento e decisão sobre as ações de cuidado.

No que concerne ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, Fernandes (2022) considera que apesar dos avanços no âmbito da saúde mental em geral, mesmo com os desafios apresentados e os retrocessos e desmontes recentes<sup>1</sup>, quando se trata da infância e adolescência, cujo papel da prevenção e promoção são ainda mais imprescindíveis, os

---

<sup>1</sup> Observa-se que tanto a nova política de saúde mental quanto a Nota Técnica Nº 11/2019 apresentam inconsistências históricas, legais, éticas, normativas e técnicas e configuram um abandono das estratégias de atenção psicossocial, com a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, fim da estratégia de redução de danos, financiamento a internações prolongadas em comunidades terapêuticas, entre outras. Quanto à infância e adolescência, na Nota Técnica há apenas uma menção a essa população, a qual defende a internação dos mesmos em hospitais psiquiátricos, que dentre outros aspectos desrespeitam e confrontam o Estatuto da Criança e do Adolescente (Fernandes, 2022).

percursos foram morosos. Ela afirma, citando Guerra (2003) e Taño e Matskukura (2015) que por muito tempo a assistência à saúde mental infantojuvenil foi marcada por estratégias de segregação e permaneceu em segundo plano quando comparada aos projetos referentes à saúde mental do adulto.

Fernandes (2022) aponta que a infância foi historicamente construída, de forma que até o século XVIII, não havia nenhum comprometimento com essa população e muito menos com aqueles que apresentavam sofrimento psíquico. Nesse sentido, Couto e Delgado (2015) trazem que os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais.

Observa-se, então, que a assistência à saúde mental infantojuvenil foi se modificando na medida em que alguns movimentos foram surgindo em prol dos direitos dessa população, sendo que a maneira como compreendemos a infância e a adolescência sofreu profundas mudanças. A compreensão das sociedades sobre potencialidades, limitações e necessidades típicas desses ciclos etários foi influenciando e oferecendo parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana. Assim, é importante considerar que nossos códigos legais, institucionais e todo o ordenamento social relativo à infância e à adolescência acabam por refletir nossas intenções, perspectivas e expectativas com relação às pessoas que vivenciam esse momento (Ministério da Saúde, 2014).

Couto e Delgado (2015) consideram que a Convenção da ONU, aliada ao ECA, no início dos anos 90, e associados à emergência da Lei 10.216 e à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em (2001) foram responsáveis pela emergência de condições simbólicas e reais para a proposição da política de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA) no início do século XXI. Apenas dois meses depois da III CNSM, em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria 336/2002, contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi (Couto e Delgado, 2015). Outros marcos importantes nesse processo foram a instituição, em 2004, do Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil e o lançamento, em 2014, do documento intitulado "Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado".

Couto e Delgado (2015) afirmam, então, que a política atual de SMCA, voltada para a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, de base comunitária, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidades e tendo como ações estratégicas iniciais a oferta de CAPSi<sub>j</sub> e a articulação intersetorial visa à superação do cenário anterior, mas ainda conta com alguns desafios. Eles abordam que o número de CAPSi<sub>i</sub> implantados, por exemplo, ainda é insuficiente (apenas 183 serviços no ano de 2013), contrastando com a expansão e distribuição regional alcançada pelos CAPS para adultos no mesmo período (cerca de 2000, presentes em todas as regiões do país).

Já Fernandes (2022) problematiza o fato de muitos estudos no campo da saúde mental infantojuvenil remeterem ao CAPSi<sub>j</sub> como principal dispositivo de cuidado, muitas vezes sendo abordado como única alternativa frente ao sofrimento psíquico. Ela considera fundamental refletir sobre como tem sido construído e efetivado o cuidado a essa população de forma que a assistência não se restrinja apenas à atenção especializada nos CAPSi<sub>j</sub>, mas também aconteça por meio da articulação dos diferentes equipamentos de saúde, como a ABS, conforme preconiza a RAPS.

A autora afirma, então, que a ABS, na medida em que é considerada porta de entrada do SUS, ocupa um papel central no acolhimento, escuta e acompanhamento das crianças, adolescentes e suas famílias, de forma a identificar o que pode ser sinal de sofrimento, sua intensidade, assim como as repercussões na vida cotidiana e no que tange às perspectivas futuras. Fernandes (2022) ressalta a potência do cuidado nesse nível de atenção à saúde, principalmente a partir das estratégias de prevenção e promoção à saúde, sendo que os profissionais do NASF têm desenvolvido, com frequência, relevante apoio para a construção desse cuidado. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população, sendo que a ABS ocupa um papel estratégico na efetivação desse cuidado (Brasil. 2014).

No entanto, a inserção de cuidados em saúde mental infantojuvenil na ABS também conta com alguns desafios, como por exemplo: a falta de reconhecimento e/ou valorização da saúde mental infantojuvenil pelos profissionais da ABS, o desconhecimento sobre o modo de cuidado, dificuldades na organização dos sistemas regionais e no trabalho em rede intersetorial, incapacidade técnica de intervenção dos profissionais e dificuldade de acesso dessa população a este nível de atenção à saúde (Fernandes, 2022), o que implica em contínuos investimentos, reflexões e ações que caminhem para a construção de políticas

públicas claras e firmadas a este segmento, considerando as particularidades do campo da infância e adolescência e a escassez de estudos com este enfoque.

Dessa maneira, considerando a relevância do tema, o presente trabalho busca contribuir com os estudos acerca do cuidado em saúde mental infantojuvenil, trazendo algumas reflexões a respeito das potencialidades e desafios no desenvolvimento de ações de promoção à saúde mental infantojuvenil, no âmbito da ABS, em articulação com as instituições escolares, a partir de um relato de experiência.

No intuito de caminhar ao longo do texto junto a um conceito específico de saúde mental infantojuvenil, recorro a duas formulações como referência. Uma a partir do que defende Voltolini em seu texto “Saúde Mental e Escola”, de 2016:

A saúde mental não é o produto da ação das instituições de saúde mental, concepção essa puramente tautológica, mas, antes, a experiência concreta de sofrimento vivida por um indivíduo. Tal experiência de sofrimento, sabemos, depende da capacidade de simbolização, função estabelecida ao longo do desenvolvimento infantil, na relação com os outros, sendo que os primeiros outros da relação são mais decisivos na instalação de um modelo por terem papel constitutivo. Quando algo nessa simbolização não dá conta de fornecer ao sujeito possibilidades de lidar com questões que implicam sua identidade, seus desejos, objetivos e sentimentos, ele adocece. Ele adocece, portanto, da falta de sentido, ou do conflito que os sentidos construídos por ele encontram na confrontação com outros sentidos estabelecidos socialmente. O grau do adoecimento vai variar de acordo com o impacto dessa falta de sentido. (Voltolini, 2016, p. 87)

A outra referência é uma formulação proposta por Fernandes (2022):

...é dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que na dimensão do cotidiano estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. O que, dentre outras, envolve a possibilidade de experimentar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência. (Fernandes, 2022, p. 107)

## 2. Objetivo

O objetivo do trabalho é refletir, a partir de um relato de experiência de uma residente psicóloga inserida em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sobre a promoção do cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica em articulação com as instituições escolares, levantando suas potencialidades e desafios.

### 3. Metodologia

Dalto e Faria, 2019, salientam que o Relato de Experiência (RE) é visto enquanto efeito de algo que o impactou, um trabalho de concatenação e memória, a elaboração de um acontecido como vê seu relator, invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo. Nesse sentido, para Minayo (2012) o trabalho de campo não é um mero exercício de contemplação, sendo que tanto na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, que interpreta, e que desenvolve um olhar crítico. A própria experiência aparece, dessa forma, como objeto de análise no RE.

De acordo com Dalto e Faria (2019) trata-se de pensar o RE em perspectiva epistemológica, expandida a partir das singularidades, sendo, conseqüentemente, um importante produto científico na contemporaneidade. Isso porque refere-se a uma construção teórico-prática que se propõe ao refinamento de saberes sobre a experiência em si, a partir do olhar do sujeito-pesquisador em um determinado contexto cultural e histórico. Sem a pretensão de se constituir como uma obra-fechada ou conjuradora de verdades, desdobra-se na busca de saberes inovadores (Dalto e Faria, 2019).

Para Bondía (2002) mais do que ser apresentado como uma redação construída na primeira pessoa do singular, trata-se de oferecer ao leitor referências sobre de que lugar a experiência está sendo falada, singularizada e problematizada, garantindo um diálogo entre os saberes científicos, e muitas vezes não científicos, com os saberes implicados na experiência em estudo. Para o autor, é experiência aquilo que “nos passa”, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma.

Dessa forma, construído para responder como produto científico, o RE coloca ao pesquisador o desafio de articular teoricamente conhecimentos que marcam seu pertencimento coletivo, ao mesmo tempo em que ativam suas competências de tradução, percepção e interpretação dessas experiências (Dalto e Faria, 2019).

O intuito de trazer um RE se dá, assim, como forma de contribuir com as discussões acerca do cuidado em saúde mental infantojuvenil no âmbito da ABS, sem pretensão de que a experiência relatada seja tomada enquanto representação da verdade, mas sim enquanto um recurso para auxiliar na reflexão acerca dos diferentes fatores que envolvem a experiência prática de tentativa de articulação com as instituições escolares no processo de construção desse cuidado.

## 4. Desenvolvimento

### a. Saúde Mental Infantojuvenil

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

Para tal, é preconizado pelo Ministério da Saúde (2014) que crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença 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. Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que crianças, adolescentes e jovens brasileiros têm acesso.

Assim, na discussão sobre a saúde como um direito, no que concerne às políticas destinadas às crianças e aos adolescentes, há que se observar o princípio da proteção integral e a necessidade de que todos os serviços e pontos de atenção disponíveis na rede façam o acolhimento das necessidades e as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população (Ministério da Saúde, 2014).

Para tal, é importante identificar quais as questões de saúde mais prevalentes nessa população. Wagner Ranña (2016) afirma que o perfil dos problemas de saúde infantojuvenil mudou na última década, sendo que um dos aspectos importantes dessa mudança foi o deslocamento do foco de atenção, que antes era sobre as doenças relacionadas com a mortalidade infantil e hoje estamos assistindo uma crescente presença de problemas relacionados com a qualidade do desenvolvimento infantil, destacando-se os altos índices de problemas de aprendizagem, os problemas de saúde mental e a violência entre adolescentes.

Fatori, et. al (2018) consideram que o paradigma contemporâneo de saúde infantojuvenil tem como peça fundamental e indissociável a saúde mental, sendo que o alto

grau de limitação funcional e sofrimento causado pelos problemas de saúde mental tem resultado em grave impacto na qualidade de vida e produtividade. É importante considerar que problemas de saúde mental são altamente persistentes, fazendo com que parcela importante desses indivíduos tenha algum prejuízo na vida adulta (Lopes, et al., 2016), podendo desenvolver condições mais graves de adoecimento.

O Ministério da Saúde (2014) afirma, então, que não há produção de saúde sem produção de saúde mental:

Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com 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. (Ministério da Saúde, 2014, p. 23)

Lopes, et al (2016) trazem que, nas últimas décadas, os padrões de adoecimento físico e mental de crianças e adolescentes, ao redor do mundo, também têm mudado consideravelmente, sendo que a prevalência de problemas emocionais e de conduta estaria em torno de 10,0%-20,0%, constituindo uma carga de doença expressiva, com prejuízo na vida escolar e nas relações familiares e sociais dessas crianças e adolescentes. Alguns estudos reconhecem a depressão e ansiedade como dois dos problemas em saúde mental infantojuvenil mais prevalentes. Em uma revisão sistemática feita por Thiengo, et al, (2014) os “transtornos mentais” mais prevalentes entre crianças e adolescentes foram depressão, ansiedade, TDAH, uso de substâncias e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos, genéticos e ambientais, tais como sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar.

Paula, Miranda e Bordin (2016) ressaltam, a partir de uma revisão dos estudos epidemiológicos a respeito de saúde mental na infância e adolescência entre 1980 e 2006, a associação entre problemas de saúde mental infantojuvenil e fatores de risco como:

1. Condições socioeconômicas desfavoráveis: baixa renda, analfabetismo, menor escolaridade, desemprego más condições de moradia e acesso limitado a serviços de saúde e educação;
2. Características do ambiente doméstico: condições adversas e hostis, discórdia intrafamiliar e violência doméstica;



### 3. Dificuldade no ambiente escolar: dificuldade de aprendizado

No contexto brasileiro, Lopes, et al (2016) trazem um estudo de base populacional, conduzido em quatro cidades de quatro regiões do Brasil (Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte), que avaliou a prevalência de transtornos mentais em 1.676 crianças e adolescentes escolares de seis a 16 anos que cursavam do segundo ao sexto ano do ensino fundamental. A prevalência total para a presença de pelo menos um transtorno foi de 13,1%, semelhante àquela encontrada em outros estudos de base populacional no mundo. Eles consideram que cerca de 90,0% dos transtornos mentais infantojuvenis compõem-se de transtornos não psicóticos. Tais transtornos, em virtude de sua elevada prevalência na população geral (20,0%-30,0%), são usualmente denominados transtornos mentais comuns (TMC), caracterizados principalmente pela presença de sintomas de depressão e ansiedade, além de diversas queixas inespecíficas e somáticas. Lopes, et al, (2016) afirmam que os transtornos mentais destacam-se como principais desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde.

Os autores trazem, também, outro estudo de base populacional conduzido em São Paulo (Sao Paulo Megacity Mental Health Study) que mostra que a idade média de início de transtornos mentais é mais precoce para os transtornos de ansiedade (13 anos de idade) e transtornos do controle de impulsos (14 anos de idade), quando comparados aos transtornos de abuso de substâncias (24 anos de idade) e transtornos do humor (36 anos de idade).

Fatori, et al (2018) abordam a tendência dos sintomas relacionados ao adoecimento mental infantojuvenil persistirem de forma crônica, sendo que dados brasileiros preliminares sugerem que entre casos graves e crônicos, apenas 37,5% tenham recebido algum tratamento num período de cinco anos. Eles consideram, então, que essa alta taxa de prevalência, baixa taxa de tratamento, somada à trajetória crônica, torna a ABS o âmbito ideal para prevenção, avaliação e tratamento dos problemas de saúde mental na infância e adolescência.

No levantamento realizado por Fernandes (2022) entre janeiro de 2016 a julho de 2017, em que participaram 53 gestores e/ou profissionais da equipe de Unidades de Saúde vinculadas à ABS distribuídas em sete municípios do Estado de São Paulo, a autora relata que as principais demandas de saúde mental infantojuvenil que os participantes identificaram em suas unidades são (1) Transtornos mentais e Dificuldades comportamentais, emocionais, nas relações sociais e aprendizado, (2) Uso de substâncias psicoativas; (3) Fatores familiares; (4) Violência e Abuso sexual; (5) Tentativas de suicídio e automutilação e (6) Autismo e desenvolvimento.

É importante ressaltar a questão dos comportamentos de automutilação e ideação suicida, os quais têm se tornado problemas cada vez mais sérios no âmbito da saúde. Bernal

(2019) traz um estudo de 2007 a respeito do fenômeno da automutilação realizado com jovens americanos de 12 a 16 anos em que 14% a 39% destes já haviam se envolvido com algum comportamento automutilatório, sendo que os pesquisadores avaliam que esta seria a prática com maior crescimento entre adolescentes, já naquela época. De acordo com dados da OMS, 2017, a autolesão é a terceira maior causa de mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos, independente do gênero.

No cenário brasileiro, Aragão, et al (2021) avalia que mesmo com o aumento da ocorrência de números de automutilação no público adolescente, sendo que em 2011 se tornou obrigatória no país a notificação dos casos de autolesão, são escassas as investigações científicas realizadas sobre essa temática que abordam tanto os aspectos clínicos, quanto psicossociais para possibilitar um entendimento amplo deste fenômeno que possa subsidiar ações em saúde para este grupo

É importante considerar, ainda, que esses estudos são anteriores ao contexto de pandemia provocado pela COVID-19, sendo que estudos recentes (Alencar Rocha, et al, 2021; Cunha, et. al, 2021; Neuman, et al, 2021) avaliam que o isolamento social e distanciamento do âmbito escolar refletiram diretamente nos hábitos de vida das crianças e adolescentes e em um comprometimento ainda maior de sua saúde mental. Como alguns dos fatores responsáveis, os autores consideram: a falta de interação social e de espaços de convívio, redução de prática de atividade física e ao ar livre, sono irregular, dificuldade no estabelecimento de alguma rotina, falta de compromisso com alguma responsabilidade, queda do desempenho escolar e forte aumento do tempo de exposição às telas.

Observa-se, ainda, (Neuman, et al, 2021) que o fechamento das escolas implicou em maior insegurança alimentar, sendo que cerca de 368.5 milhões de crianças ao longo de 143 países que tinham a merenda escolar a principal fonte alimentar diária foram forçadas a procurarem outras fontes ou a dormirem com fome.

Outro impacto importante da pandemia no cotidiano de crianças e adolescentes foi o aumento das taxas de violência doméstica, pelo confinamento com seus agressores, como também pela falta de oportunidades nas quais pedir socorro. Aqui cabe um rápido parênteses para reforçar o fato de que a violência encontra-se enraizada em nossa sociedade (Vecina e Machado, 2016) e ainda é um fenômeno subnotificado, sendo que mesmo que o setor saúde tenha papel de destaque na identificação, proteção e cuidado para com as crianças e adolescentes em situação de violência, o combate a violência exige intervenções múltiplas de todos os setores da sociedade.

Neuman, et al (2021) ressaltam, então, os efeitos extremamente maléficos desses fatores causados pela pandemia de Covid-19 na saúde das crianças, em especial no estresse psicossocial, sendo este prejudicado também por outras questões como frustrações, incertezas, tédio, insuficiência de informações sobre os acontecimentos atuais e pelos próprios comportamentos atípicos de seus cuidadores, em parte devido a perdas financeiras. Cunha, et al (2021) e Rocha, et al, (2021), também trazem alguns estudos que mostram um aumento, no período da pandemia, na população infantojuvenil, dos sentimentos de irritabilidade, preocupação, insegurança, medo, tristeza, ansiedade, deficiência funcional, estigma, fobia, raiva, impaciência, preguiça, falta de ânimo e saudades dos amigos da escola e familiares.

Dessa maneira, Cunha, et al (2021) consideram que a saúde mental representa uma das esferas mais abaladas durante a pandemia ao se analisar o impacto nas crianças e adolescentes. Isso ocorre, principalmente, pela forma como a pandemia mudou a maneira como eles se desenvolvem, aprendem, crescem, se comportam, interagem, como lidam com suas emoções, entre outros. Os autores também apresentam alguns estudos que indicam que, durante e depois do isolamento, crianças e adolescentes tornaram-se mais propensos a desenvolver quadros depressivos e ansiosos, decorrentes da solidão que experimentaram durante a quarentena.

Diante do exposto, Cunha, et al (2021) afirma que as rotinas diárias oferecidas pelas escolas e atividades extracurriculares são fundamentais para que a criança e o adolescente mantenham as atividades físicas, ciclos de sono e relações sociais. Neuman, et al (2021) consideram que a escola atua como um mecanismo regulatório da saúde mental infanto-juvenil, ao proporcionar o processo de socialização e ao atuar, direta e indiretamente, como dispositivo protetivo da criança e do adolescente, especialmente para aqueles de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Dessa forma, é importante ressaltar o papel do ambiente escolar, social e familiar na saúde das crianças e adolescentes e a necessidade de uma implicação política na construção de melhores condições de vida para essas crianças e suas famílias, envolvendo os diferentes setores e serviços disponíveis no território, como forma de promover saúde para essa população e efetivar seus direitos.

O Ministério da Saúde (2014) afirma que a inviabilidade de qualquer fator dado como protetivo exige do Estado e de outros atores sociais posicionamentos e atuações que resguardecem os espaços de desenvolvimento individual e social de crianças e adolescentes,

sendo que as respostas devem priorizar, tanto quanto possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia que os sistemas possuem.

Neste sentido, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social às crianças e aos adolescentes e, no campo da saúde, enfatiza o papel estratégico da Atenção Básica nesse cuidado, como já foi apontado, pela sua capacidade de trabalho no âmbito individual e coletivo, em especial com as ações de educação em saúde. Destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes.

Cabe, agora, a questão acerca de como efetivar essas estratégias de cuidado em saúde mental infantojuvenil no âmbito da ABS, considerando os desafios importantes que foram expostos anteriormente e que esse novo cenário coloca na ordem do dia dos processos de capacitação das equipes de saúde que trabalham na rede básica de atenção o domínio de uma tecnologia que até então não fazia parte marcante de suas intervenções (Wagner Ranña, 2016).

b. Qual cuidado é possível?

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).

De acordo com a PSMCA, é preciso considerar o cuidado em saúde mental infantojuvenil não só a partir do setor saúde, mas principalmente em contato com outros setores (educação, assistência, cultura, esporte, etc..) que contam com serviços nos quais essas crianças e adolescentes também estão inseridos. Contudo, Fernandes (2022) observa

que apesar da literatura e das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil apontarem para a importância do trabalho em rede e intersetorial visando um cuidado integral e efetivo, os resultados de seu estudo, assim como a literatura, têm apontado para diferentes dificuldades que permeiam desde a identificação e o reconhecimento dos diferentes pontos de atenção, até a falta de diálogo entre profissionais das equipes, desresponsabilização pelo cuidado, dificuldades na referência e contra referência, lógica centrada na especialidade e atuação médico-centrada.

Fernandes (2022) observou, em sua pesquisa, que as estratégias de cuidado em saúde mental infantojuvenil ofertadas nos serviços que compõem o estudo perpassam prioritariamente por ações na Unidade de Saúde participante e atendimentos/consultas com especialistas da saúde mental. As parcerias com a rede foram citadas apenas uma vez enquanto estratégia de cuidado e algumas tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta qualificada não são realizadas ou reconhecidas enquanto estratégias de cuidado a essa população em sofrimento psíquico. Observa-se, assim, grande dificuldade de efetivar essas ações intersetoriais e construir diálogos entre diferentes esferas de cuidado.

Importante ressaltar, também, os desafios e fragilidades específicos no cuidado aos usuários dessa faixa etária de substâncias psicoativas na ABS, segunda maior demanda apresentada, pela dificuldade de estabelecimento de vínculo e o preconceito contra o usuário, sendo que mesmo que as ações voltadas à escuta, ao acolhimento das demandas e ao aconselhamento às famílias sejam priorizadas pelas políticas públicas, há uma prevalência na assistência centrada em serviços especializados, por meio dos encaminhamentos (Fernandes, 2022).

Nessa direção, a autora levanta a questão a respeito do problema não estar apenas na falta de políticas públicas de cuidado a esse seguimento, mas no fato de que estas precisam ser acompanhadas de investimentos e ações que possam efetivá-las. Os resultados dos estudos de Fernandes (2022) apontam para a urgente necessidade de qualificar o lugar que as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico têm ocupado na ABS, assim como reafirmar a potência do cuidado nesse nível de atenção à saúde, principalmente no que tange às estratégias de prevenção e promoção à saúde em articulação com os outros setores.

Outra questão importante que a autora aborda é em relação ao acesso dessas crianças e adolescentes à ABS, sendo que a escola é apontada nos resultados de seu estudo como principal via de acesso. Ela afirma que a literatura considera a escola como fundamental para identificar e reconhecer as demandas de saúde mental, e que são os profissionais deste contexto que têm feito encaminhamentos para a ABS. No entanto, 21 participantes, dos 53,

afirmaram que as Unidades de Saúde não têm realizado parcerias com as instituições escolares.

As escolas têm um importante papel, enquanto espaço de convivência e socialização, na constituição subjetiva das crianças e dos adolescentes, na modulação de seus desejos e vontades, na influência de suas concepções acerca da realidade e no desenvolvimento de habilidades sociais. Construir, então, ações em saúde mental de forma conjunta com as instituições escolares parece um direcionamento importante do trabalho intersetorial na ABS, ainda mais considerando que muitas crianças e adolescentes em sofrimento não chegam aos serviços. Nesta direção, trago um relato de experiência próprio no intuito de contribuir com a reflexão acerca das possibilidades de articulação.

### c. Relato de Experiência

#### i. Contextualização do Campo

Enquanto residente, estive inserida em um Nasf, em Campinas, que apoia dois Centros de Saúde (CS). Os dois estão num momento de reorganização da lógica de trabalho, no sentido das equipes passarem a trabalhar a partir da ESF. Importante dizer que, antes, os Centros de Saúde de Campinas contavam com uma equipe de médicos especialistas (clínico, ginecologista e pediatra) e profissionais multiprofissionais específicos de cada unidade. Desde o ano passado, começou, também, um processo de implantação dos NASFs, no qual os profissionais que já estavam alocados em determinado serviço passaram a compor esses dispositivos. Dessa forma, o trabalho desses profissionais ainda é pouco diluído nos dois territórios.

A fim de preservar o sigilo em relação aos serviços, tendo em vista que estarei contando apenas um relato de experiência e não fazendo uma pesquisa institucional, irei preservar a identidade dos serviços. Cabe dizer que, nas duas unidades, o Nasf não está muito bem consolidado e as equipes não estavam construindo espaços de cuidado junto com as escolas, com pouco diálogo entre esses setores, ainda mais depois da pandemia de Covid.

#### ii. Intersecções

Desde o início da minha entrada nos dois serviços, fui percebendo uma grande quantidade de encaminhamentos das escolas do território, sendo que a maior parte das queixas apresentadas não diziam de problemas de aprendizagem, mas sim de problemas relacionados à interação social como conflitos, comportamentos agressivos, situações de

violência, assim como isolamento social, crises de ansiedade e sintomas depressivos, o que preocupava os profissionais da escola e familiares.

Algumas dessas escolas também vinham acionando os CS pedindo ajuda para lidar com essas situações e foi a partir de um desses pedidos que participei de uma primeira ação em uma escola no território de um dos CS, no começo do ano. O pedido se deu pela vice-coordenadora da escola, que acionou o Centro de Convivência do território dizendo que estava identificando questões de saúde mental importantes com as turmas dos 9º anos e pedindo ajuda para pensar em alguma ação de cuidado. Eu acompanhei, então, a atividade proposta pelas profissionais do Ceco junto a uma das turmas do 9º ano, sendo que uma colega também residente acompanhou a atividade com a outra turma.

Foram realizados 4 encontros, nos quais estava eu, as 2 profissionais do Ceco, uma professora da escola e os alunos. Eu não participei do processo de construção dos encontros, então fui interagindo dentro do que já estava combinado e fui entendendo que as atividades propostas buscavam fazer os adolescentes refletir sobre o lugar que eles ocupam na dinâmica social da turma, como eles se veem e como gostariam de ser vistos e qual a imagem que eles têm do que é ser adolescente, considerando as qualidades e dificuldades desse momento.

A turma tinha alguns grupos menores de maior afinidade bem evidentes, mas demonstraram ter uma interação como um todo e foram bem participativos. Um dos alunos tinha o diagnóstico de TEA e ficava mais isolado, mas participou de todas as atividades e, pelo que ficamos sabendo, a turma tentava sempre o incluir. Ao longo dos encontros foram aparecendo várias questões relacionadas principalmente à baixa auto estima e uma atitude bem crítica uns com os outros e consigo mesmos, o que se mostrou a partir de brincadeiras um pouco ofensivas e de desqualificação, assim como uma dificuldade em identificar qualidades próprias, mas capacidade de identificar essas qualidades nos colegas mais próximos. Um dos alunos, que já havia sido encaminhado para o CS por questões de saúde mental, ocupava uma posição de “chatão” da turma e muitas críticas foram direcionadas a ele. Ao perguntarmos sobre quais assuntos a turma gostaria de conversar, eles responderam, principalmente, “ansiedade” e “depressão”.

Fizemos, então, uma grande roda no último encontro para conversar sobre as questões que foram aparecendo ao longo das atividades. Fiquei pensando, em um primeiro momento, que talvez fosse um pouco intimidante e constrangedor para alguns alunos, ainda mais nessa idade, estarem compartilhando questões pessoais com colegas tão próximos, com quem estão juntos muitos dias da semana, sendo que alguns deles realmente ficaram mais quietos e distantes. Contudo, no geral, muitos pareciam envolvidos com a roda de conversa, estavam

atentos ao que se falava e conseguiram trazer narrativas importantes sobre como se sentiam. Parecia que eles estavam, pela primeira vez, se dando conta de que muitos ali não se sentem bem por questões semelhantes e refletindo junto sobre a maneira como eles se relacionam entre si.

Conversamos um pouco sobre algumas dessas questões, então, e tentamos fomentar, ao final do encontro, uma reflexão sobre o cuidado entre eles, o quanto eles estão atentos uns aos outros, se apoiam, se ajudam ou refletem sobre a própria convivência, tanto nos pequenos grupos nos quais se identificam mais, quanto como turma. O intuito das profissionais do Ceco era fazer dos encontros um convite para que esses adolescentes frequentassem o Ceco, mas posteriormente eles não procuraram o serviço e também não procuraram o CS. Diferente das crianças, que os pais costumam levar para atendimento, fui percebendo que os adolescentes acabam estando mais distantes de espaços de cuidado e fiquei pensando, então, na potência de apoiarmos, enquanto profissionais de saúde, a construção de espaços de cuidado na própria escola, junto aos alunos e professores.

Gostaria de compartilhar também algumas, pois foram muitas, situações nas quais a escola apareceu durante os manejos dos casos. Em um dos CS nos quais estou atuando, fazemos um grupo de crianças e, no mesmo horário, outro grupo com os(as) cuidadores(as). Neste grupo, um dos meninos que participava, de 11 anos, tinha algumas questões familiares importantes mas também relatava situações de constrangimento na escola por parte de seu professor, novo na escola, sendo que chegou ao nosso conhecimento que alguns pais e responsáveis de outros alunos da turma chegaram a ir conversar com a diretora sobre esse mesmo professor. Esse menino veio procurar cuidado em saúde mental justamente por não estar conseguindo permanecer no ambiente escolar, desde que esse professor entrou, tendo crises de choro e “pânico”. Na nossa avaliação, o menino tinha questões importantes na relação com a mãe que foram sendo trabalhadas, mas a implicação do ambiente escolar em seu sofrimento também era de extrema importância.

Outro menino do mesmo grupo também relatava situações de constrangimento e isolamento na escola que causavam sofrimento tanto para ele, quanto para a mãe. Ele tinha acabado de se mudar para uma nova escola, sendo que na outra nunca tinha tido problema com os colegas e era muito bem avaliado pela professora. Contudo, nessa atual, a professora vinha fazendo algumas críticas duras para ele. A mãe trouxe para nós uma carta da escola que descrevia o aluno usando os termos “mentiroso”, “manipulador”, “mau caráter” e “maldoso”. No grupo do CS, ela contou do ocorrido com muita surpresa pelas palavras direcionadas ao filho e muito sofrimento em decorrência disso. Em nossa avaliação, ele realmente às vezes



não era muito fiel à realidade, mas inventava coisas como forma de tentar “se enturmar”, não por “maldade”.

A maior parte das crianças que atendi nesse período, individualmente, também vieram por questões de convivência na escola, associadas ou não a questões familiares importantes, sendo algumas por estarem sofrendo bullying e/ou alguma agressão e outras por estarem respondendo aos colegas, em algumas situações de conflito, com comportamentos agressivos.

Uma das crianças que eu atendi, que tem síndrome de down, foi encaminhada pela escola por estar tendo comportamentos muito resistentes e agressivos, sendo que a mãe, durante o atendimento, trouxe que a menina ficou muito tempo com ela durante a pandemia e estava com dificuldade no retorno ao ambiente escolar, também porque estaria com dificuldade em se vincular com alguma figura de cuidado na escola, já que as monitoras “mudavam toda hora”.

Nesse sentido, comecei a pensar que para além do suporte individualizado para essas crianças e suas famílias, o trabalho do cuidado em conjunto com as escolas, ambiente no qual essas situações “problemas” estavam de fato acontecendo, se mostrava importante.

Contudo, devo ressaltar que nem todas essas escolas tiveram abertura para pensar formas de cuidado conjunto. Uma das escolas de um desses território, da qual mais de uma criança tinha procurado o CS e um outro serviço da assistência do território, de fortalecimento de vínculo, relatando situações de bullying e sofrimento em decorrência disso, se recusava a reconhecer que essas situações estavam acontecendo na escola, respondendo aos pedidos de articulação como se tudo estivesse bem e não precisassem de apoio.

Com a experiência da atividade realizada em conjunto com o Ceco em mente e um pouco mais de experiência em campo, resolvi propor, então, para uma das escolas que se mostrava mais aberta e que encaminhava muitas crianças e adolescentes para atendimento psicológico, a construção de alguma ação conjunta. A ideia era que outros profissionais do CS estivessem junto na ação, considerando que alguns já tinham comentado do interesse e necessidade de retomar as articulações com as escolas. No entanto, quando fiz o convite, ninguém se mostrou disponível. Assim, fomos eu, a outra residente psicóloga do mesmo programa que eu e a psicóloga do CS.

Conversando com a vice-diretora e o coordenador pedagógico, eles trouxeram que estavam mais preocupados com as turmas do 6º ano, nas quais estavam tendo muitos conflitos entre os alunos. Na fala deles, os alunos “resolvem tudo com agressividade, confronto físico, apresentam muita raiva, comportamentos de ódio e se referem a escola e aos colegas sempre de forma negativa, tendo dificuldade em reconhecer como suas atitudes

afetam os outros e com pouca responsabilidade em relação às consequências disso”. Também trouxeram que alguns alunos mais sensíveis pareciam estar com dificuldade de estar no ambiente escolar, tendo crises de choro, ansiedade, dor de cabeça e reclamando muito do barulho.

Eles contaram, então, algumas ações que já vinham realizando para tentar cuidar dessas questões. Disseram que a escola tinha algumas assembleias com as turmas e os representantes de sala depois traziam as questões discutidas para reunião com os coordenadores, mas essas reuniões não estavam acontecendo com frequência. Contaram, também, que tinham acabado de realizar um questionário com as duas turmas para avaliar a recorrência de bullying entre os colegas e feito uma conversa com os pais para conversar sobre o assunto. No começo do ano, os alunos tinham assistido um filme sobre bullying que parece ter mobilizado emocionalmente a turma e havia também uma estagiária de psicologia de um projeto que trabalha com prevenção à violência que estava fazendo rodas de conversa com os 9º anos que acabou propondo uma roda de conversa, pontual, com os sextos, sobre o tema. A escola também vinha fomentando discussões sobre racismo, justiça restaurativa e cultura de paz, sendo que houveram algumas oficinas de teatro do oprimido.

Reforcei, então, a importância de todos esses espaços que eles já vinham construindo e perguntei como poderíamos contribuir. Eles disseram que estavam com dificuldade em “chegar na parte emocional e afetiva”. Pontuei que conseguiríamos fazer somente 2 encontros com as turmas, tendo em vista que queríamos realizar uma conversa com os professores antes das atividades e eu entraria de férias daqui a algumas semanas, e eles se mostraram muito interessados em qualquer ação possível.

Na conversa com os professores, eles trouxeram que estavam sentindo as turmas "mais infantilizadas pós pandemia, com muitas brincadeiras corporais, brigas de mão, sem cuidado com os objetos pessoais e dos outros, com dificuldade em valorizar e se implicar nas relações e atividades, sem compromisso e com uma comunicação muito agressiva uns com os outros, sendo que eles adoram incitar e assistir brigas”. Um dos professores falou como se eles "espetacularizassem a violência”, sendo que o território no qual vivem é muito violento e eles presenciam essas violências recorrentemente. Os professores trouxeram também algumas questões relacionadas à sexualidade e gênero, sendo que os alunos estariam se relacionando entre si como se “ninguém fosse de ninguém” e trazendo algumas questões em relação à própria sexualidade que eles não sabiam como orientar.

A questão mais endereçada para gente era “o que fazer” em relação a isso, o que responder quando a criança relata uma situação de desamparo, violência, relacionada a

sexualidade ou gênero e que lhe causa sofrimento. Uma professora contou de uma atividade na qual ela tentou fazer com que eles experimentassem “atos de gentileza”, mas que acabou causando sofrimento para alguns e me perguntou o que ela poderia fazer, então. Outro professor contou que um aluno tinha vindo até ele dizer que o pai o rejeita, sendo que a mãe morreu, e ele sente que não tem ninguém. Esse professor disse que não sabia o que fazer e “só o abraçou”. Fui sentindo uma forte preocupação por parte dos professores e vontade de “fazer alguma coisa”, mas também uma dificuldade em reconhecer as ações que eles já vinham realizando enquanto importantes para o cuidado, sendo que parecia que eles não se sentiam capacitados para lidar com essas situações e esperavam algum “grande feito” mais resolutivo para o “problema”.

A partir de algumas reflexões em preceptoria, então, fui pensando, inicialmente, em realizar alguma dinâmica com as turmas que trabalhasse a relação deles no sentido de gerar laços, gerar reconhecimento e solidariedade, contribuindo com a construção de um momento no qual eles pudessem olhar um para o outro, se ajudar e compartilhar alguma experiência ou que conseguissem, pelo menos, refletir um pouco sobre a maneira como se relacionam e os sentimentos que tem brotado no desenrolar da convivência. O intuito, também, era que os professores pudessem estar junto e presenciar uma atividade que fosse possível de ser reproduzida por eles, que eles sentissem que “não é nenhum bixo de sete cabeças”.

Ao longo dos 2 encontros, então, conseguimos realizar 2 atividades com as turmas, uma na qual eles foram separados em pequenos grupos e tinham que encontrar temas de interesse em comum, sendo que depois juntamos todos os temas levantados e propomos que eles identificassem o perfil da turma e pensassem coletivamente em formas de lidar com as dificuldades no convívio que foram trazendo, e a outra atividade na qual eles também foram separados em grupos menores que tinham que desenhar um adolescente e criar uma personalidade para ele, com características que eles consideravam legais e chatas e pensar depois no relacionamento entre esses adolescentes. Os grupos foram formados aleatoriamente e não por afinidade entre eles, o que gerou uma certa resistência por parte de alguns mas possibilitou que adolescentes que não interagem muito, cotidianamente, pudessem trabalhar em alguma atividade juntos.

A partir das atividades, pudemos identificar que, mesmo com suas diferenças, as duas turmas apresentavam questões semelhantes. Todos conseguiram identificar coisas em comuns entre eles, foram participativos na atividade, as vezes mais dispersos, sendo que uma turma era bem mais agitada do que a outra, mas as duas se identificavam com palavras como “briguenta, bagunceira, chata, debochada, fofqueira, barraqueira, estressada”. Apareceram

também muitos comentários críticos e depreciativos uns com os outros durante a atividade, brigas de mão entre colegas próximos, sem hostilidade, e um incômodo generalizado em relação aos supostos colegas que “enchem o saco” e “falam pelas costas”. Contudo, no geral, fomos percebendo que eles estavam bem envolvidos um com os outros, sendo que a maior parte das questões que traziam diziam da relação entre eles. Ao longo das atividades eu fui questionando, então, como eles lidam com essas situações que incomodam e eles demonstraram uma certa dificuldade em pensar possibilidades de cuidado, sendo que alguns respondiam somente que tinha que brigar.

Em uma das turmas, um aluno comentou que as características associadas à turma eram só características “ruins” e propomos, então, que eles pensassem em características que eles consideram legais na turma. Eles trouxeram uma experiência em que todos se juntaram para defender uma colega que estava sendo ofendida por outras pessoas de outra turma. A outra turma na qual fizemos a atividade trouxe também que a sala é divertida. Como formas de lidar com os supostos conflitos, eles pensaram em “conversar, não dar apelido, ouvir, respeitar, ter paciência, ficar com os amigos”.

As duas turmas também se referiam a escola de forma negativa, como se não quisessem estar ali, sendo que o que mais gostam é o recreio e o horário de ir embora. Poucos alunos disseram que gostavam de estar ali. Em relação às brigas, todos demonstraram achar empolgante/divertido assistir às brigas e quando perguntado sobre participar delas, alguns disseram que gostam também e que depois fica tudo bem.

## 5. Discussão

Considerando o trabalho no âmbito da Atenção Básica à Saúde e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, é inegável a importância de se pensar qual cuidado nós temos oferecido às crianças e adolescentes, sendo que, como foi abordado, o paradigma contemporâneo de saúde infantojuvenil tem como peça fundamental e indissociável a saúde mental.

A prática mais comum em resposta às demandas de saúde mental infantojuvenil nos serviços de saúde tem se dado a partir de um suporte individualizado a esses sujeitos e suas famílias, principalmente com atendimentos de profissionais especialistas. Sem desconsiderar a importância dos atendimentos individuais e suporte/orientação familiar, de acordo com a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, a complexidade do cuidado em saúde mental infantojuvenil requer também o envolvimento de outros setores (educação, assistência, cultura, esporte, etc.), como já foi trazido.

Fernandes (2022) ressalta que o cuidado deve transcender o sujeito, de forma que atinja as coletividades, o território e os contextos de vida das famílias, a partir de estratégias que abarquem a promoção da saúde, por meio de grupos, programas ministeriais, educação em saúde, acompanhamento domiciliar, articulação com a rede de cuidado intersetorial, entre outras.

Nesse sentido, Castanho (2012) citando Pichon-Rivière (1985), traz que a doença mental é o emergente (aquilo que surge de um conjunto) de um grupo e o doente é o porta-voz de uma problemática desse mesmo grupo, sendo que o autor defende, dessa maneira, que o adoecimento seja visto e tratado em sua dimensão grupal. Como foi possível verificar ao longo do trabalho, muitas crianças e adolescentes adoecem por questões relacionadas a convivência com seus pares, tanto no âmbito familiar, quanto na escola, sendo que mesmo que eles tenham acesso a um “tratamento” em algum serviço de saúde, a impossibilidade de se inserir no laço social de outra forma e de encontrar outras referências de cuidado, suporte, troca e aprendizado também limita o alcance desse “tratamento”. Daí pensarmos que “se trata” não só da criança, mas de sua família, de seus entornos, de seus terapeutas, da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade (Vicentin, 2006).

Considerando, então, o papel formador do ambiente escolar como microcosmo de relações sociais, sendo que lá as crianças são inseridas em um dos primeiros “grupos” pelos

quais passa em sua vida, construindo vínculos importantes e desenvolvendo habilidades sociais para lidar com situações distintas, a escola se mostra como um dos setores mais importantes na construção conjunta de ações de promoção em saúde infantojuvenil.

De acordo com Fonseca (2017),

a educação é uma ação que participa da constituição do sujeito. Pode-se concebê-la “como o ato por meio do qual o social se intromete na carne da criança” (Kupfer, 2000, p.35) com o sentido de filiar o aprendiz e o mestre a uma tradição existencial, permitindo “que cada um se reconheça no outro” (Lajonquière, 2009, p.173). Educar é possibilitar que a criança acesse, pelo menos em parte, um legado que a antecede para que ela possa se inscrever no que se convencionou chamar de relações humanas. É o “por em ato de um processo de filiação ou sujeição a ideais, desejos, sistemas epistêmicos e dívidas” (Lajonquière, 2009, p.173). Nesse sentido, o sujeito não é alheio às instituições das quais participa e sua subjetividade carrega as marcas do vivido, inclusive, nas relações escolares. Nessa concepção de trabalho, tratar e educar encontram-se em relação de continuidade. (p. 126)

Contudo, ainda tem sido um desafio efetivar essas ações, sendo que nem sempre o ambiente escolar se configura como um espaço de cuidado, podendo apresentar também situações de exclusão, sofrimento e violência, com frequentes queixas de bullying, preconceito e discriminação que pairam nos diversos contextos escolares, como apresentado por algumas experiências relatadas.

Há as violências que vêm de fora, se reproduzem e produzem dentro da escola. Existem aquelas que chegam silenciosamente, como a violência que acontece na família. Há a violência ruidosa do crime, das gangues. Tem-se a violência estrutural, das péssimas condições de vida e trabalho. Há a violência da discriminação, que circula socialmente e está nas escolas. É a chamada violência exógena que se entrecruza com a violência endógena (a que se produz na escola) em diálogos entrecruzados. (Schilling e Angelucci, 2016, p. 703)

Alguns autores abordam, ainda, o fato da escola configurar-se como uma rede discursiva que historicamente concorreu para a produção do que se consagrou chamar de fracasso escolar, definindo lugares e, muitas vezes, selando destinos dos que dela participam (Lerner e Fonseca, 2020). Eles consideram os efeitos de verdade das operações discursivas da escola na produção da subjetividade e na formação dos sintomas que tem expressão no campo escolar, sendo que alguns desses dizeres apontam para o desinteresse, agressividade,

desrespeito, passividade, entre outras queixas que recaem sobre os alunos e que, frequentemente, vem acompanhadas de um sentimento de impotência do educador frente a um futuro marcado pela marginalidade: “esse é FEBEM”, “vai sair no Datena”, “são uns loucos de mochila”, “está indo pelo mesmo caminho do pai” (Lerner e Fonseca, 2020). O que nos ajuda a refletir sobre o caso apresentado no relato, no qual a escola enviou uma carta descrevendo o aluno de forma bem dura, o que gerou muito sofrimento à mãe e à criança. Como também nos ajuda a pensar sobre as características que as turmas dos sextos anos se identificam com tanto afínco.

Para Leite (2007), a educação sempre expressa uma determinada fundamentação ideológica — concepção de Homem, de mundo, de relações humanas, de valores, etc. — e as formas de atuação dos(as) profissionais envolvidos(as) na área educacional depende, em grande parte, das idéias que esses profissionais têm a respeito da própria função do sistema educacional.

Podemos considerar, assim, que toda política educacional é um reflexo do que ocorre nas dimensões econômica, política e social de uma sociedade em um determinado momento histórico, assim como contribui para a construção e reprodução destas mesmas dimensões. Dessa forma, ainda que a educação não dê conta de solucionar sozinha os problemas oriundos dessas esferas, ela é um espaço importante de socialização e de conflitos ideológicos e, portanto, de possibilidade de embates, reflexões e lutas políticas.

Leite (2007) afirma que apesar da escola ser um mecanismo de seletividade e de reprodução de classes sociais, ela é ao mesmo tempo uma instituição social que poderia funcionar, ao nível da formação das estruturas da consciência, como instrumento democratizante, com papel decisivo no processo de formação da cidadania. Nesse sentido, Freire, 1993, considera que o objetivo da escola é habilitar o aluno a ler o mundo, de forma a aprender a ler a realidade (conhecê-la) para em seguida poder reescrevê-la (transformá-la).

A discussão acerca da função do sistema educacional enquanto aparato da ordem social e disciplinador ou democrático e emancipador é extensa, mas qual sua função no cuidado?.

É importante considerar que 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 (Silva, 2019), como demonstrado pelo caso apresentado no relato da menina que tem síndrome de down ou do menino com diagnóstico de TEA, sendo que a escola pode se mostrar como um lugar de não lugar, espaço que não escuta o sujeito e tem dificuldade para acolher a diversidade.

Silva (2019) afirma que 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. Importante considerar também, que, muitas vezes, crianças e adolescentes vivenciam situações de desamparo, violência e assujeitamento no próprio ambiente familiar, sendo que a escola pode ser um espaço importante para que eles possam vivenciar outras formas de se inserir no laço social.

Silva (2019) traz que crianças e adultos permanecem durante extensos períodos de sua vida em contato com instituições escolares de várias naturezas, sendo que as experiências vividas nesse contexto são fundamentais para criar condições de aprendizagem, socialização e de desenvolvimento. Lerner e Fonseca (2020) consideram que, no que tange à infância, a escola configura-se como um espaço privilegiado de circulação e de pertencimento social, sendo que é também no ambiente escolar onde pode surgir a possibilidade de o sujeito “vir a dizer-se”, diferenciando-se do lugar e das determinações que lhe são atribuídas pelo discurso social.

Na última atividade relatada foi possível verificar como as crianças se identificavam com algumas características direcionadas a elas por parte dos adultos, como “bagunceira” ou “briguenta”, o que gerava certo reconhecimento enquanto turma de algo que eles achavam legal, mas que a partir de um comentário de um dos alunos, eles puderam também refletir, pela primeira vez, sobre o que aquilo significava para eles, ao invés de só reproduzir esse discurso.

Nesse sentido, a escola pode possibilitar por meio da implementação de projetos e parcerias com diferentes setores da rede de cuidados, a aquisição da emancipação, da inclusão social e a cidadania de crianças e adolescentes, ainda mais aqueles que vivenciam situações agravadas pelo processo de sofrimento psíquico e consequente vulnerabilidade (Fernandes, 2022). Silva (2019) afirma também que 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 e agravos psicossociais.

Schneider, Magalhães e Almeida (2022) trazem alguns estudos que mostram, por exemplo, que o bem-estar e satisfação com a escola reduz o consumo de substâncias; o clima da escola está relacionado com comportamento sexual de risco, uso de drogas e comportamento infracional; a proximidade aluno-professor foi associado com menos



comportamento de risco; e relações significativas foram encontradas entre conectividade escolar e reduzidos comportamentos de risco no trânsito, violência e outros acidentes.

Contudo, 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. Nesse sentido, Silva (2019) traz que 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.

Silva (2019) reforça a forte relação entre a frequência de queixas escolares<sup>2</sup> e casos de crianças e jovens em situação de sofrimento psíquico, o que 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.

A autora observa que as queixas apresentadas pela escola focam, principalmente, em questões relacionadas à interação da criança com seu meio, sendo ela uma interação tímida, retraída, dispersa, energética ou agressiva, situação semelhante ao que trago no relato de experiência. Ela defende, então, no sentido da discussão acerca da função do sistema educacional, que a educação infantil como garantia de direito precisa trabalhar o binômio educar e cuidar de forma indissociada, devendo fazer parte da prática pedagógica desenvolvida.

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? 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. (Silva, 2019, p. 17)

Ela apresenta alguns estudos que mostram uma certa “psicologização” do fracasso escolar, sendo que as escolas, frequentemente, atribuem aos desajustes escolares, associados

---

<sup>2</sup> 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 (Silva, 2019).

ou não a outros tipos de queixas de comportamento, a classificação de problemas de aprendizagem e encaminham os alunos aos serviços de saúde. Voltolini, em seu texto “Saúde Mental e Escola”, de 2016, afirma que é fundamental distinguir os procedimentos de controle do comportamento que a sociedade por meio de suas instituições faz, bem como do sofrimento psíquico que isso gera, daquilo que podemos chamar propriamente de saúde mental.

No contexto do CAPS que Silva trabalhava, ela apresenta, por exemplo, as queixas mais recorrentes de casos que foram encaminhados para o serviço e que os profissionais entenderam que não precisariam ser cuidados naquele espaço, sendo eles, em ordem decrescente: dificuldade de aprendizagem, interações agressivas, interações tímidas, interações dispersas, comportamento agitado, dificuldade para lidar com regras e limites e intolerância à frustração.

Silva (2019) traz também um estudo realizado por Braga (2008) em que 76,9% das queixas apresentadas aos psicólogos nas UBSs eram escolares, associadas ou não a outros tipos de queixas de comportamento. Para Silva (2019) 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, 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, ao invés de reformular suas práticas e rever as questões da instituição educacional. Desconsideram-se, dessa forma, as múltiplas determinantes que constituem a queixa escolar.

Nesse sentido, Voltolini (2016) ressalta a presença frequente nas queixas e formulações feitas pelas escolas do elemento agressividade no comportamento dos alunos, assim como uma das escolas na qual nós fomos relatava. O autor afirma que trata-se, em geral, de um ponto limite para as instituições, um elemento de perturbação, sobretudo quando não responde aos mecanismos ordinários de regulação que toda instituição tem: advertências, repreensões, punições etc. A agressividade normalmente é também compreendida como um traço intrínseco ao indivíduo que a porta, levando a busca das interpretações para o campo da subjetividade do aluno em detrimento, mais uma vez, dos fatores de contexto.

Silva (2019) constatou ainda que, independentemente do teor da queixa, os procedimentos mais utilizados pelos profissionais de psicologia participantes da pesquisa no cuidado desses indivíduos foram: 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. Esses estudos mostram, como já havia sido abordado anteriormente, a escassez de ações de cuidado em rede e intersetoriais.

A fim de promover ações articuladas entre saúde e educação na atenção básica, além de reduzir a fragmentação das ações de saúde nas escolas, foi criado, em 2017, o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Contudo, Penso et al (2013) apontam que, apesar da existência de políticas e programas do governo que se relacionam à saúde na escola, ainda falta uma articulação entre gestores e profissionais em nível local, sendo que há um despreparo dos profissionais de saúde e dos educadores para construir ações de saúde de maneira integrada.

Wagner Ranña (2016) reforça o papel do apoio matricial nesse processo, o qual implica em uma concepção interdisciplinar, com uma horizontalização nas relações entre profissionais e uma aproximação dos membros das equipes com os especialistas de forma horizontal e direta, matriz necessária para vencer os obstáculos pertinentes à complexidade e singularidade do trabalho em saúde e convocar todos para uma postura criativa e autônoma. O modelo matricial procura, de um lado, aproximar as equipes de referência com a comunidade e, de outro lado, aproximar a equipe e comunidade com os especialistas.

Outra tentativa de regulamentar ações de cuidado nas escolas se deu a partir da Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019, que prevê que as redes públicas de Educação Básica contarão com serviços da Psicologia e do Serviço Social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação. Contudo, logo em seguida o país foi acometido pela pandemia de Covid-19 e a efetivação da lei ainda está distante da realidade da maior parte das escolas.

Como forma de favorecer espaços de diálogos entre a saúde e a educação, Silva (2019) apresenta em seu trabalho uma experiência muito interessante de matriciamento, na qual o CAPSij Campo Limpo, em junho de 2016, 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.

O programa se dava a partir de grupos focais com professores e coordenadores das escolas localizadas no território de responsabilidade do CAPSij, particulares e públicas e 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.

A partir dessa abertura à comunicação e interesse ativo em construir conjuntamente o cuidado das crianças e adolescentes do território, Silva (2019) constatou que a princípio, os professores não eram vistos como agentes de cuidado e eles próprios também não consideravam a escola como um ambiente de cuidado, sendo que notar que algo está errado e realizar o encaminhamento foi prioritariamente nomeado como cuidado. Assim como foi possível verificar na experiência relatada, na qual a escola parecia não reconhecer a potência das ações que já vinha realizando.

Ao longo dos encontros, Silva (2019) e a equipe do Caps identificaram que, em decorrência do cuidado recebido a partir do grupo, os professores passaram a relatar estarem conseguindo escutar mais as crianças, assim como construir outros pontos de vista para o mau comportamento, para a falta de limites e para a agressividade, se implicando assim no cuidado de seus alunos. A autora avalia que, atravessados pela experiência das discussões, os professores passaram a trazer suas questões com mais delicadeza, mais crítica e considerando que suas atitudes também constituíam aquele cenário.

Ela traz também alguns fatores importantes no reconhecimento das dificuldades das escolas, em razão do sucateamento do sistema escolar e do lugar de desvalor e baixo reconhecimento social ocupado pelos professores em nossa cultura, que se afirma pelos salários indignos e pela impossibilidade de aprimoramento profissional. Nesse sentido, Simões e Cardoso (2002) ressaltam a exposição dos professores ao esgotamento profissional, comum na categoria, e sua relação com fatores ocupacionais, com destaque para: ter sofrido agressão na escola, os conflitos interpessoais na escola e as questões estruturais (como o ruído na sala de aula e na escola). Isso reforça a importância de estar junto das escolas na promoção de ações de cuidado, sendo que, 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, como também 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 (Silva, 2019).

A experiência relatada por Silva (2019) ressalta a importância dos espaços de matriciamento, que possibilitam a reflexão acerca de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes.

## 6. Considerações Finais

Como foi possível identificar, a escola, muitas vezes, tem dificuldade em reconhecer sua própria instituição enquanto possível causador de adoecimento, como também possível espaço de cuidado, onde crianças e adolescentes estabelecem vínculos importantes e estão também aprendendo a se relacionar e lidar com situações possivelmente difíceis, ainda mais depois da pandemia de covid. Há uma certa “urgência” em alguns encaminhamentos das escolas que nem sempre condiz com a gravidade do caso e, às vezes, parece desconsiderar que o processo de desenvolvimento de habilidades sociais importantes para o convívio nem sempre foi facilitado pela família e leva um tempo, sendo que é na escola, muitas vezes, onde crianças e adolescentes podem aprender a se relacionar de outras formas e ampliar seu repertório para lidar com situações distintas.

O encaminhamento por parte das escolas é de extrema importância para que essas crianças e adolescentes tenham acesso a um cuidado em saúde, já que muitas vezes algumas questões importantes acabam não sendo reconhecidas pelas famílias e essas crianças e adolescentes em sofrimento não chegam aos serviços de saúde. Contudo, nem sempre essa criança ou adolescente realmente precisa de uma intervenção da saúde e, em alguns casos, mesmo que eles possam se beneficiar do atendimento individual ou em grupo no serviço de saúde, assim como sua família de um suporte e orientação, a possibilidade de experienciar espaços de cuidado em seu contexto de vida é de extrema importância também.

Nesse sentido, me parece que um dos papéis importantes dos profissionais de saúde no desenvolvimento de linhas de cuidado para saúde mental infantojuvenil é tentar apoiar a escola no desenvolvimento dessa implicação entre educar e cuidar. Com isso, poderíamos, também, ver funcionar outra medida de participação da Educação na promoção da saúde, não como denunciadora dos fracassos, informante nos relatórios, representante da higiene moral das condutas, mas como promotora de laços que restaurem a condição de alunos às crianças e jovens, sustentando sua presença como sujeitos (Guarido, 2017).

De acordo com Emerich, Campos e Passos (2014),

A emergência de sujeitos de direitos não pode se dar senão no plano coletivo, por um lado, como prática vivida de intersubjetividade (pactuação, produção de regras) e, por outro, a partir da gestão coletiva e compartilhada do cuidado, que geste modos de existência mais livres, com incorporação efetiva da autonomia dos usuários e dos direitos humanos.

Dentre algumas das ações possíveis nesse processo, foi possível verificar que atividades pontuais com as turmas são muito potentes, por possibilitarem que os alunos possam se escutar mais, reconhecer questões importantes que eles partilham, tanto da relação entre eles quanto pessoais e trabalhar em cima de possibilidades de cuidado coletivo. Assim, facilitar alguns encontros nos quais eles possam conversar sobre temas dentro do campo da saúde que os interessem enquanto turma ou que eles possam trabalhar juntos em alguma tarefa parece ser uma forma interessante de educação em saúde e de potencializar os laços sociais existentes, a solidariedade, confiança, o protagonismo e o vínculo com os professores enquanto referência de suporte nesse processo, ampliando suas redes de cuidado.

Outra das ações que se mostrou muito potente foram as reuniões com os professores, que têm um papel fundamental na promoção de saúde nas escolas, por estarem mais próximos aos alunos e suas famílias e passarem grande parte do tempo com eles. O diálogo interdisciplinar nem sempre é fácil, mas pode possibilitar uma melhor articulação no cuidado prestado a essas crianças e adolescentes, contribuindo para que profissionais da saúde compreendam melhor as dificuldades e questões que se passam no ambiente escolar e que os profissionais da educação possam ampliar seu olhar para as questões de saúde mental, reconhecendo as implicações do contexto social e familiar e se sentindo mais capacitados para experimentar ações de cuidado, que nem sempre precisam da presença do CS. Nesse sentido, as reuniões, com certa regularidade, também possibilitam que os casos possam ser discutidos antes de serem encaminhados para o CS e, conseqüentemente, que direcionamentos de cuidado já possam ser traçados no próprio ambiente escolar.

Como alguns dos desafios que pude observar, identifiquei que o maior foi a falta de priorização dessas ações pelas unidades de saúde, assim como a falta de tempo disponível por parte dos profissionais para se implicar na construção desse trabalho, mesmo que muito tempo esteja sendo despendido para atender, individualmente, os muitos casos que chegam. O diálogo com as escolas, também, nem sempre é fácil, mas imagino que a partir da implicação dos profissionais da saúde e uma certa insistência, considerando a importância dessas ações, é possível encontrar aberturas possíveis. Muitas das articulações que antes da pandemia aconteciam foram se enfraquecendo nos últimos anos, sendo que agora é preciso um esforço maior para retomar esse diálogo.

## 7. Referências Bibliográficas

Alencar Rocha, M. F. et al. (2021). O impacto da pandemia do covid-19 na saúde infanto-juvenil: um estudo transversal. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 3483-3497.

Aragão, F. B. G., Sousa, J. M., de Sene Moreira, É., do Vale, R. R. M., Caixeta, M. H. C., & Caixeta, C. C. (2021). Automutilação na adolescência: fragilidades do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde mental. *Enfermagem em Foco*, 12(4).

Penna Bernal, E. (2019). *Considerações psicanalíticas a respeito da automutilação* / Elisa Penna Bernal; orientador Ana Maria Loffredo. São Paulo.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014) 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.

Castanho, P. (2012). Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. *Vínculo*, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 47-60, jun

Castro, C.P., Campos, G. S. W. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*; 26(2).

Couto, M.C.V; Delgado, P.G.G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da

saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 17-40, July.

Cunha, D. B. A. et al. (2021) O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental e física de crianças e adolescentes: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 7, p. e8484-e8484.

Emerich, B. F; Gava, G. B. (2019). *Caderno de Promoção da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica*. Campinas, SP. IPADS.

Fernandes, A. D. S. A. et al. (2022). A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30.

Fatori, D., Brentani, A., Grisi, S. J. F. E., Miguel, E. C., & Graeff-Martins, A. S. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3013-3020.

LEITE, S. A. S. (1989). A escola e a formação da cidadania ou para além de uma concepção reprodutivista. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 9, n. 3, p. 17-19.

Leite, S. A. da S. (2007). A construção da escola pública democrática: algumas reflexões sobre a política educacional. In Souza, B. P. (Org) *Orientação à queixa escolar*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Lauridsen-Ribeiro, E. e Tanaka, O. (2016). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ed. Hucitec, São paulo.

Lerner, A. B. C., & Fonseca, P. F. (2020). De que social somos feitos: discurso educativo e seus efeitos de verdade. *Psicologia da Educação*, (50).

Lopes, C. S., Abreu, G. D. A., Santos, D. F. D., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B. D., Cunha, C. D. F., ... & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50.



Marcondes, A., Lerner, A. B, Fonseca, P.. (2017) Concepções e proposições em psicologia e educação : a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo -- São Paulo : Blucher.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cienc Saude Colet.

Neumann, A. L. et al. (2021). Impacto da pandemia por covid-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa.

Pupo, Ligia R. et al. (2021). Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no Estado de São Paulo. Saúde em Debate, v. 44, p. 107-127

Rossi, T. (2021). Isolamento, interação e socialização: uma abordagem sociológica da suspensão do ensino presencial na formação de crianças e adolescentes. ORG & DEMO, 22(2), 103-118.

Santos, R. C. dos; BOSI, M. L. M. (2021) Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1739-1748.

Silva, C. D. (2019). EducAção: ações intersetoriais em prol da saúde mental infantojuvenil.

Silva, A. E. L. et al. (2021). PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE ADOLESCENTES BRASILEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. EnPE, v. 8, n. 1.

Simões, E. C., & Cardoso, M. R. A. (2022). Violência contra professores da rede pública e esgotamento profissional. Ciência & Saúde Coletiva, 27, 1039-1048.

Souza, Â. C. (2012). Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés. / Ândrea Cardoso de Souza.

Thiengo, D. L. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* 63 (4) Oct-Dec.

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